



**APIXABAN ADAMED® (APIKSABAN) W ZAPOBIEGANIU
UDAROWI MÓZGU I ZATOROWOŚCI SYSTEMOWEJ
U DOROSŁYCH PACJENTÓW Z NIEZASTAWKOWYM
MIGOTANIEM PRZEDSIONKÓW Z CO NAJMNIJ JEDNYM
CZYNNIKIEM RYZYKA, TAKIM JAK PRZEBYTY UDAR MÓZGU
LUB PRZEMIJAJĄCY NAPAD NIEDOKRWIENNY, WIEK ≥ 75 LAT,
NADCIŚNIENIE TĘTNICZE, CUKRZYCA LUB OBJAWOWA
NIEWYDOLNOŚĆ SERCA (KLASA WG NYHA $\geq$ II)**

UZUPEŁNIENIE

Kraków, luty 2026

Odpowiedzi na uwagi do przedłożonych analiz w zakresie niespełnienia minimalnych wymagań stawianym raportom oceny technologii medycznych w Polsce, określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 24 października 2023 r. (sygnatura pisma OTOW.4130.2.2026.11.TG) dla wniosku o objęcie refundacją produktu leczniczego:

- **Apixaban Adamed, Apixabanum, tabl. powł., 2,5 mg, 60 szt., GTIN: 05900411013888;**
- **Apixaban Adamed, Apixabanum, tabl. powł., 5 mg, 60 szt., GTIN: 05900411013901;**

w ramach refundacji aptecznej na receptę we wskazaniu określonym stanem klinicznym.

Uwagi AOTMiT:

I. W ramach analizy klinicznej (AKL):

- 1) Uwaga I: *„Sposób przeprowadzenia przeglądu systematycznego badań pierwotnych jest niewystarczający (§ 4 ust. 1 pkt. 3 Rozporządzenia).*

Uzasadnienie: Przyjęta metodyka AKL i przeglądu systematycznego w oparciu o dowody naukowe o skuteczności i bezpieczeństwie apiksabanu, opierająca się na opracowaniach wtórnych, bez uzupełniającego wyszukiwania dowodów pierwotnych zgodnych z metodyką tych opracowań może skutkować pominięciem najnowszych badań. Konieczne jest uzupełnienie przeglądu badań efektywności klinicznej (dla porównania pośredniego) oraz praktycznej, przynajmniej w zakresie badań pierwotnych opublikowanych po dacie odcięcia wyszukiwania przeglądu, który jest najbardziej zbliżony do celu i metodyki przyjętej w AKL wnioskodawcy.

Dodatkowo, w przedstawionym przeglądzie systematycznym badań, zastosowano nieaktualne narzędzie oceny wiarygodności badań podczas gdy dostępna jest nowsza wersja (RoB2).”

Odpowiedź:

Apiksaban jest od wielu lat zarejestrowany i powszechnie stosowany na świecie w zapobieganiu udarowi mózgu oraz zatorowości systemowej u dorosłych pacjentów z niezastawkowym migotaniem przedsionków (NVAf) z co najmniej jednym czynnikiem ryzyka. Jego skuteczność oraz profil bezpieczeństwa są bardzo dobrze udokumentowane w wieloletnich badaniach klinicznych, a także w licznych analizach obejmujących dane z rzeczywistej praktyki klinicznej.

Ze względu na bardzo dużą liczbę badań pierwotnych i opracowań wtórnych zidentyfikowanych w trakcie przeglądu baz danych, zastosowano dodatkowe kryteria włączenia i wykluczenia – szczegółowo opisane w rozdziałach 13.1 i 13.2 AKL – pozwalające na przedstawienie wyników najnowszych opracowań wtórnych, tj. przeglądów systematycznych z meta-analizami badań pierwotnych (zarówno badań klinicznych jak i badań z rzeczywistej praktyki klinicznej). Takie podejście jest zgodne z „Wytocznymi

Przeprowadzania Oceny Technologii Medycznych”, opublikowanymi przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) w 2016 roku.

W odpowiedzi na uwagę Agencji, w osobnym dokumencie zatytułowanym „APIXABAN ADAMED® (APIKSABAN) W ZAPOBIEGANIU UDAROWI MÓZGU I ZATOROWOŚCI SYSTEMOWEJ U DOROSŁYCH PACJENTÓW Z NIEZASTAWKOWYM MIGOTANIEM PRZEDSIONKÓW Z CO NAJMNIEJ JEDNYM CZYNNIKIEM RYZYKA, TAKIM JAK PRZEBYTY UDAR MÓZGU LUB PRZEMIJAJĄCY NAPAD NIEDOKRWIENNY, WIEK $\geq$ 75 LAT, NADCIŚNIENIE TĘTNICZE, CUKRZYCA LUB OBJAWOWA NIEWYDOLNOŚĆ SERCA (KLASA WG NYHA $\geq$ II). UZUPEŁNIENIE DANYCH KLINICZNYCH”:

- przeprowadzono aktualizację przeszukania baz względem najnowszego zidentyfikowanego przeglądu systematycznego z meta-analizą sieciową Mai T.D., Ho T.H.Q., Van Hoang S i wsp. Comparative Analysis of the Net Clinical Benefit of Direct Oral Anticoagulants in Atrial Fibrillation: Systematic Review and Network Meta-analysis of Randomised Controlled Trials. European Cardiology Review 2025 20 Article Number e13 (referencja nr 5 w AKL) pod kątem badań RCT dla apiksabanu i komparatorów; nie zidentyfikowano żadnych nowych badań RCT, zatem przedstawione w AKL dane odnoszące się do efektywności klinicznej wnioskowanej interwencji względem komparatorów można uznać za aktualne;
- przeprowadzono aktualizację przeszukania baz względem opracowania Chan YH, Chen SW, Chan CY i wsp. Comparative safety and effectiveness of non-vitamin K oral anticoagulants versus warfarin in patients with non-valvular atrial fibrillation: A network meta-analysis. J Formos Med Assoc. 2024 May;123(5):578-586. (referencja nr 6 w AKL), w celu zidentyfikowania najnowszych badań z rzeczywistej praktyki klinicznej dotyczących bezpośredniego porównania apiksabanu z komparatorami w populacji pacjentów z NVAF; wyniki i wnioski ze zidentyfikowanych badań są zasadniczo spójne z wynikami przeglądów systematycznych z meta-analizami badań z rzeczywistej praktyki klinicznej, opisanymi w AKL i większości wskazują na porównywaną skuteczność apiksabanu względem komparatorów przy jednocześnie korzystniejszym profilu bezpieczeństwa w zakresie ryzyka niektórych typów krwawień;
- oceniono jedyne zidentyfikowane w AKL badanie randomizowane uwzględniające bezpośrednie porównanie apiksabanu z rywaroksabanem Yoshimura i wsp. 2017 (ref 1 w AKL) narzędziem RoB2.

2) Uwaga 2: „Przegląd, o którym mowa w ust. 1 pkt 3, nie zawiera wskazania wszystkich badań spełniających kryteria, o których mowa w ust. 1 pkt 4 (§ 4. ust. 3 pkt 2 Rozporządzenia).

Odnaleziono 9 badań spełniających kryteria włączenia do przeglądu wnioskodawcy:

-Bradley M.C., Simon A.L., Kolonoski J., Graham D.J., Zhang R., i Connolly J.G. „Comparative Bleeding Risks Among NOAC Users for Nonvalvular Atrial Fibrillation Aged < 65 Years in the Sentinel System”. Pharmacoepidemiology and Drug Safety (Netherlands) 33, nr Supplement 2 (2024). 649826561. <https://doi.org/10.1002/pds.5891>.

- Meinert F.M., Dimakos J., Cui Y., Filion K.B., Renoux C., i Douros A. „A Population-Based Assessment of the Use of Oral Anticoagulants and the Risk of Major Bleeding Among Patients with Non-Valvular Atrial Fibrillation Treated With Antiarrhythmics”. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* (Netherlands) 33, nr Supplement 2 (2024). 649824749. <https://doi.org/10.1002/pds.5891>.
- Meinert FM, Dimakos J, Cui Y, Filion KB, Renoux C, i Douros A. „Comparative effectiveness and safety of oral anticoagulants in patients with atrial fibrillation using antiarrhythmic drugs: An international cohort study.” *Br J Clin Pharmacol* (England), advance online publication, 2025. <https://doi.org/10.1002/bcp.70391>.
- Meinert F.M., Dimakos J., Cui Y., Filion K.B., Renoux C., i Douros A. „Concomitant Use of Direct Oral Anticoagulants and Pharmacokinetically-Interacting Antiarrhythmics and the Risk of Major Bleeding in Patients with Non-Valvular Atrial Fibrillation: Population-Based Cohort Study”. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* (Netherlands) 33, nr Supplement 2 (2024). 649824060. <https://doi.org/10.1002/pds.5891>.
- Meinert FM, Dimakos J i in. Concomitant use of direct oral anticoagulants and interacting antiarrhythmic drugs and the risk of stroke and bleeding among patients with non-valvular atrial fibrillation: a multinational cohort study. *BMC Med.* 2025 Oct 28;23(1):592. doi: 10.1186/s12916-025-04464-6.
- Nemola G., Godino C., Cozzani G., et al. „BASELINE CHARACTERISTICS and 3-YEAR OUTCOME of NONVALVULAR ATRIAL FIBRILLATION PATIENTS TREATED with the FOUR DIRECT ORAL ANTICOAGULANTS”. *Giornale Italiano di Cardiologia* (Netherlands) 24, nr 10 Supplement 1 (2023): e55. 649256532.
- O'Shea M.P., Yusuf A., Habib E., et al. „Echocardiographic hemodynamics correlate with differences in DOAC-specific bleeding and stroke rates in nonvalvular atrial fibrillation”. *BMC Cardiovascular Disorders* (United Kingdom) 25, nr 1 (2025): 774. 2040844075. <https://doi.org/10.1186/s12872-025-05239-w>.
- Srivastava M, Gulia A, Patel KK, Upadhyay AD, Vibha D, i Kumar P. „Direct oral anticoagulants for stroke prevention in patients with atrial fibrillation: A network meta-analysis of randomized trials.” *Indian Heart J* (India), advance online publication, 2025. <https://doi.org/10.1016/j.ihj.2025.12.002>.
- Wang X., Sin C.F., Teo K.C., et al. „Safety and efficacy of direct oral anticoagulants in the oldest old atrial fibrillation patients with recent ischaemic stroke”. *Hong Kong Medical Journal* (Netherlands) 29, nr 5 Supplement 5 (2023): 28. 648996332.”

Odpowiedź:

Powyższe referencje, zidentyfikowane przez Agencję w różnym stopniu spełniają kryteria włączenia do przeglądu - część z nich jest opublikowana jedynie w postaci abstraktów konferencyjnych (podczas gdy finalnie z analizy wykluczano referencje opublikowane w postaci abstraktów/posterów; rozdz. 13.2 AKL) lub ich głównym celem nie było bezpośrednie porównanie apiksabanu z komparatorami (a np. tylko zestawienie wyników i/lub porównanie poszczególnych DOAC z np. warfaryną). Niemniej jednak opisano ich wyniki wraz z Critical Appraisal w osobnym dokumencie „APIXABAN ADAMED® (APIKSABAN) W ZAPOBIEGANIU UDAROWI MÓZGU I ZATOROWOŚCI SYSTEMOWEJ U DOROSŁYCH PACJENTÓW Z

NIEZASTAWKOWYM MIGOTANIEM PRZEDSIONKÓW Z CO NAJMNIEJ JEDNYM CZYNNIKIEM RYZYKA, TAKIM JAK PRZEBYTY UDAR MÓZGU LUB PRZEMIJAJĄCY NAPAD NIEDOKRWIENNY, WIEK ≥ 75 LAT, NADCIŚNIENIE TĘTNICZE, CUKRZYCA LUB OBJAWOWA NIEWYDOLNOŚĆ SERCA (KLASA WG NYHA $\geq$ II). UZUPEŁNIENIE DANYCH KLINICZNYCH”:

- 3) Uwaga 3: „Opis procesu selekcji badań, w szczególności liczby doniesień naukowych wykluczonych w poszczególnych etapach selekcji oraz przyczyn wykluczenia w postaci diagramu został niepoprawnie przedstawiony (§ 4. ust. 3 pkt 4 Rozporządzenia).

Uzasadnienie: W diagramie wskazano na zastosowanie automatycznych narzędzi do usuwania nieodpowiednich referencji (ponad 10 tys. referencji dla badań pierwotnych oraz ponad 12 tys. dla opracowań wtórnych), jednak w metodyce przeglądu nie wskazano szczegółów na temat zastosowanych narzędzi. Zgodnie z zaleceniami PRISMA, taki opis powinien zostać uwzględniony.”

Odpowiedź:

Opis zastosowanych narzędzi automatycznych (w postaci filtrów zawężających wyniki wyszukiwania np. do badań przeprowadzonych na ludziach, języka czy metodyki badań/opracowań wtórnych), został wskazany w AKL w rozdziale 13.1: tabeli 129 oraz w przypisach pod tabelą 130, przedstawiającą strategię i wyniki wyszukiwania na poszczególnych etapach.

II. W RAMACH ANALIZY EKONOMICZNEJ (AE):

- 1) Uwaga 1: „Analiza nie zawiera kalkulacji ceny zbytu netto wnioskowanej technologii zgodnej z art. 13 ust. 3 Ustawy o refundacji (§ 5. ust. 6 pkt 3 Rozporządzenia).

Uzasadnienie: W analizie nie wskazano technologii opcjonalnej, względem której przeprowadzono wymaganą kalkulację ceny zbytu netto technologii wnioskowanej.”

Odpowiedź:

W analizie podstawowej kalkulację cen progowych, o których mowa w art. 13 ust. 3 Ustawy przeprowadzono względem komparatora o najniższym ACUR, tj. względem rywaroksabanu (interwencji z: pogrubionymi wartościami ACUR w tabeli 17. raportu z analizy ekonomicznej oraz pogrubionymi niebieskimi wartościami ACUR w arkuszu „Wyniki_EE” modelu).

III. W RAMACH ANALIZY WPŁYWU NA BUDŻET (AWB):

- 1) Uwaga 1: „Analiza nie zawiera oszacowania rocznej liczebności populacji obejmującej wszystkich pacjentów, u których wnioskowana technologia może być zastosowana (§ 6. ust. 1 pkt 1 lit. a Rozporządzenia).

Uzasadnienie: W analizie nie odniesiono się do pozostałych zarejestrowanych wskazań do stosowania technologii wnioskowanej zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, innych niż wskazanie wnioskowane. Ponadto przedstawione w analizie oszacowanie dotyczy populacji szerszej niż

wnioskowana z uwagi na pominięcie w oszacowaniach kryteriów zawężających populację do niezastawkowego migotania przedsionków oraz do pacjentów, u których występuje co najmniej jeden z czynników ryzyka wymienionych w zarejestrowanym wskazaniu do stosowania. Analogiczna uwaga dotyczy także przedstawionego w analizie oszacowania rocznej liczebności populacji docelowej, wskazanej we wniosku (§ 6. ust. 1 pkt 1 lit. b Rozporządzenia)."

2) Uwaga 2: „Analiza nie zawiera oszacowania rocznej liczebności populacji, w której wnioskowana technologia jest obecnie stosowana (§ 6. ust. 1 pkt 1 lit. C Rozporządzenia).

Uzasadnienie: W analizie nie odniesiono się do pozostałych zarejestrowanych wskazań do stosowania technologii wnioskowanej zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, innych niż wskazanie wnioskowane. Ponadto w analizie przedstawiono oszacowanie rocznej liczebności populacji pacjentów stosujących wszystkie dostępne produkty lecznicze zawierające apiksaban, nie przedstawiono natomiast oszacowania rocznej liczebności populacji pacjentów stosujących wnioskowany produkt leczniczy."

Odpowiedzi na obie powyższe uwagi:

a) Zarejestrowane wskazania inne niż wnioskowane

W opracowaniu uwzględniono wyłącznie wnioskowane wskazanie obejmujące „zapobieganie udarowi mózgu i zatorowości systemowej u dorosłych pacjentów z niezastawkowym migotaniem przedsionków (ang. *non-valvular atrial fibrillation*, NVAf) z co najmniej jednym czynnikiem ryzyka, takim jak przebyty udar mózgu lub przemijający napad niedokrwienności (ang. *transient ischaemic attack*, TIA); wiek ≥ 75 lat; nadciśnienie tętnicze; cukrzyca; objawowa niewydolność serca (klasa wg NYHA $\geq$ II)".

Pozostałe zarejestrowane wskazania do stosowania wnioskowanej technologii („zapobieganie epizodom żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej (ŻChZZ) u dorosłych pacjentów po planowej operacji protezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego; leczenie zakrzepicy żył głębokich (ZŻG) i zatorowości płucnej (ZP) oraz zapobieganie nawrotowej ZŻG i ZP u dorosłych; leczenie żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej (ŻChZZ) i zapobieganie nawrotom ŻChZZ u dzieci i młodzieży w wieku od 28 dni do mniej niż 18 lat") zostały pominięte z oszacowań liczebności populacji chorych, gdyż precyzyjne określenie liczebności chorych spełniających kryteria stosowania apiksabanu w pozostałych wskazaniach jest znacznie utrudnione w warunkach polskich (m.in. brak precyzyjnych danych epidemiologicznych), a leki apiksabanu są już objęte refundacją w tych wskazaniach.

b) Dodatkowe ograniczenia liczebności pacjentów

Dodatkowe ograniczenie wskazania obejmującego migotanie przedsionków (tj. ograniczenie do niezastawkowego migotania przedsionków oraz występowania co najmniej jeden z czynników ryzyka wymienionych w zarejestrowanym wskazaniu do stosowania) dokonano w ramach parametru określającego „Odsetek pacjentów z migotaniem przedsionków wymagających stosowania porównywalnych leków”, który został określony na podstawie opublikowanych źródeł informacji z Polski i ze świata (szczegóły w rozdziale 2.5.2.1.1. raportu z analizy wpływu na budżet). Konserwatywnie (prawdopodobnie nieznacznie zawyżając liczebność populacji docelowej) przyjęto, że odsetek

występowania tych ograniczeń odzwierciedla odsetek wykorzystania analizowanych leków w zidentyfikowanych badaniach. Przyjęto, że ze względu na wysoką skuteczność tych leków oraz intensywną opiekę lekarską pacjentów z analizowanej populacji, pacjent spełniający kryteria włączenia do leczenia bezpośrednimi inhibitorami trombiny lub czynnika Xa, będzie te leki stosować (jako najbardziej skuteczne wśród tych dostępnych pacjentom). Dodatkowo pominięto potencjalne różnice pomiędzy poszczególnymi lekami z grupy bezpośrednich inhibitorów trombiny i czynnika Xa.

Przedstawione powyżej podejście podyktowane było brakiem identyfikacji wiarygodnych informacji dotyczących rozpowszechnienia poszczególnych czynników ryzyka w polskiej populacji chorych na AF (szczególnie parametrów zależnego występowania poszczególnych czynników obok siebie, nie tylko każdego czynnika z osobna).

c) Aktualne wykorzystanie wnioskowanej technologii

Zgodnie z informacjami uzyskanymi od Wnioskodawcy, aktualne wykorzystanie wnioskowanej technologii jest sporadyczne (przyjęto na poziomie 0 pacjentów). Tym samym uwzględniono i przedstawiono aktualne wykorzystanie jakiegokolwiek leku apiksabanu (niezależnie od nazwy handlowej).

IV. DODATKOWE UWAGI

- 1) Uwaga 1: „Dodatkowo proszę o: uwzględnienie w analizie klinicznej wyników badania opublikowanego po dacie złożenia wniosku refundacyjnego: *Lip GYH, Cheng D, Jiang J, et al. „Clinical Impact of Switching From or Persisting With Rivaroxaban or Apixaban After a Bleeding Event: A Real-World Study in Patients With Nonvalvular Atrial Fibrillation.” J Am Heart Assoc (England) 15, nr 2 (2026): e044113. <https://doi.org/10.1161/JAHA.125.044113>.”*

Odpowiedź:

Opis powyższego badania zamieszczono w osobnym dokumencie: „APIXABAN ADAMED® (APIKSABAN) W ZAPOBIEGANIU UDAROWI MÓZGU I ZATOROWOŚCI SYSTEMOWEJ U DOROSŁYCH PACJENTÓW Z NIEZASTAWKOWYM MIGOTANIEM PRZEDSIONKÓW Z CO NAJMNIEJ JEDNYM CZYNNIKIEM RYZYKA, TAKIM JAK PRZEBYTY UDAR MÓZGU LUB PRZEMIJAJĄCY NAPAD NIEDOKRWIENNY, WIEK ≥ 75 LAT, NADCIŚNIENIE TĘTNICZE, CUKRYCA LUB OBJAWOWA NIEWYDOLNOŚĆ SERCA (KLASA WG NYHA $\geq$ II). UZUPEŁNIENIE DANYCH KLINICZNYCH”:

- 2) Uwaga 2: „Proszę również o aktualizację analiz względem aktualnego na dzień uzupełnienia wymagań minimalnych Obwieszczenia MZ w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, aktualnych cen przyjętych w analizach komparatorów, a także aktualizację analiz w oparciu najnowsze sprawozdania NFZ.”

Odpowiedź:

Analizy przeprowadzono w oparciu o Obwieszczenie MZ z dnia 17 września 2025 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 października 2025 r. (referencja [37] analizy ekonomicznej i analizy wpływu na budżet) oraz danych refundacyjnych NFZ za okres styczeń–wrzesień 2025 (referencja [59] analizy ekonomicznej i analizy wpływu na budżet).

Aktualizacja ww. danych, tj. uwzględnienie:

- Obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 18 grudnia 2025 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na 1 stycznia 2026 r.
- Raportu refundacyjnego z dnia 04-02-2026 za styczeń–listopad 2025,

nie spowodowała żadnych istotnych zmian w założeniach i wynikach analizy ekonomicznej i analizy wpływu na budżet (2 nowe prezentacje leków rywaroksabanu, zmiana cen 2 prezentacji leków rywaroksabanu, brak zmiany leku i ceny leku wyznaczającego limit w grupie 22.1).

Do niniejszego pisma dołączono skoroszyt MS Excel zawierający porównanie danych w arkuszu „update”.

Poniżej zamieszczono aktualizację tabeli nr 22 z AKL dotyczącej sposobu refundacji komparatorów dla apiksabanu na podstawie Obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 18 grudnia 2025 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na 1 stycznia 2026 r.

Tabela 1. Zestawienie refundowanych w Polsce produktów leczniczych zawierających eteksylan dabigatranu lub rywaroksaban, w prewencji udaru i zatorowości obwodowej u pacjentów z migotaniem przedsionków (luty 2026).

Substancja czynna	Produkt leczniczy (postać), zawartość opakowania	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu [PLN]	Cena hurtowa brutto [PLN]	Wysokość limitu finansowania [PLN]	Poziom odpłatności
Dabigatranum etexilat	Dabigatran Eteksylan Stada, kaps. twarde, 110 mg, 60 szt.	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	38,56	40,87	36,55	30%
	Dabigatran Eteksylan Stada, kaps. twarde, 150 mg, 60 szt.		52,57	52,57	49,84	
	Daxanlo, kaps. twarde, 110 mg, 60 szt.		42,12	44,65	36,55	
	Daxanlo, kaps. twarde, 150 mg, 60 szt.		53,46	56,67	49,84	
	Mirexan, kaps. twarde, 110 mg, 60 szt.		38,55	40,86	36,55	
	Mirexan, kaps. twarde, 150 mg, 60 szt.		52,56	55,72	49,84	

Substancja czynna	Produkt leczniczy (postać), zawartość opakowania	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu [PLN]	Cena hurtowa brutto [PLN]	Wysokość limitu finansowania [PLN]	Poziom odpłatności
	Telexer, kaps. twarde, 110 mg, 60 szt.		56,05	59,41	36,55	
	Telexer, kaps. twarde, 150 mg, 180 szt.		229,31	243,06	149,51	
	Telexer, kaps. twarde, 150 mg, 60 szt.		64,80	68,69	49,84	
	Wasedoc, kaps. twarde, 110 mg, 60 szt.		38,55	40,86	36,55	
	Wasedoc, kaps. twarde, 150 mg, 60 szt.		52,55	55,71	49,84	
Rivaroxabanum	Bevimlar, tabl. powł., 15 mg, 14 szt.	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	20,19	21,39	25,58	30%
	Bevimlar, tabl. powł., 15 mg, 28 szt.		40,37	42,79	51,17	
	Bevimlar, tabl. powł., 20 mg, 14 szt.		26,91	28,53	34,11	
	Bevimlar, tabl. powł., 20 mg, 28 szt.		53,83	57,06	68,22	
	Kardatuxan, tabl. powł., 15 mg, 100 szt.		142,56	151,11	168,20	
	Kardatuxan, tabl. powł., 15 mg, 14 szt.		19,96	21,16	25,58	
	Kardatuxan, tabl. powł., 15 mg, 28 szt.		39,92	42,31	51,17	
	Kardatuxan, tabl. powł., 15 mg, 42 szt.		59,88	63,47	75,34	
	Kardatuxan, tabl. powł., 20 mg, 100 szt.		190,08	201,48	220,13	
	Kardatuxan, tabl. powł., 20 mg, 14 szt.		26,61	28,21	34,11	
	Kardatuxan, tabl. powł., 20 mg, 28 szt.		53,22	56,42	67,58	
	Mibrex, tabl. powł., 15 mg, 28 szt.		40,37	42,79	51,17	
	Mibrex, tabl. powł., 20 mg, 28 szt.		53,83	57,06	68,22	
	Rixacam, tabl. powł., 15 mg, 14 szt.		20,19	21,39	25,58	
	Rixacam, tabl. powł., 15 mg, 28 szt.		40,37	42,79	51,17	
	Rixacam, tabl. powł., 15 mg, 42 szt.		60,56	64,18	76,05	
	Rixacam, tabl. powł., 20 mg, 14 szt.		26,91	28,53	34,11	
	Rixacam, kaps. twarde, 20 mg, 14 szt.		31,75	33,65	34,11	
	Rixacam, tabl. powł., 20 mg, 28 szt.		53,83	57,06	68,22	

Substancja czynna	Produkt leczniczy (postać), zawartość opakowania	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu [PLN]	Cena hurtowa brutto [PLN]	Wysokość limitu finansowania [PLN]	Poziom odpłatności
	Runaplast, tabl. powł., 15 mg, 100 szt.		171,26	181,53	182,73	
	Runaplast, tabl. powł., 15 mg, 14 szt.		23,98	25,41	25,58	
	Runaplast, tabl. powł., 15 mg, 28 szt.		47,95	50,82	51,17	
	Runaplast, tabl. powł., 20 mg, 100 szt.		228,34	242,05	243,64	
	Runaplast, tabl. powł., 20 mg, 14 szt.		31,97	33,89	34,11	
	Runaplast, tabl. powł., 20 mg, 28 szt.		63,94	67,77	68,22	
	Thinban, tabl. powł., 15 mg, 30 szt.		46,17	48,95	54,82	
	Thinban, tabl. powł., 20 mg, 30 szt.		61,56	65,25	73,09	
	Vixargio, tabl. powł., 15 mg, 14 szt.		16,85	17,86	24,52	
	Vixargio, tabl. powł., 15 mg, 28 szt.		33,70	35,72	45,45	
	Vixargio, tabl. powł., 15 mg, 42 szt.		50,54	53,58	65,45	
	Vixargio, tabl. powł., 20 mg, 28 szt.		10,80	11,45	8,53	
	Vixargio, tabl. powł., 20 mg 14 szt.		22,46	23,81	31,54	
	Vixargio, tabl. powł., 20 mg, 28 szt.		44,93	47,63	58,79	
	Xanirva, tabl. powł., 15 mg, 14 szt.		22,63	23,99	25,58	
	Xanirva, tabl. powł., 15 mg, 28 szt.		38,88	41,21	50,94	
	Xanirva, tabl. powł., 15 mg, 98 szt.		136,08	144,24	161,18	
	Xanirva, tabl. powł., 20 mg. 14 szt.		30,19	32,00	34,11	
	Xanirva, tabl. powł., 20 mg, 28 szt.		51,84	54,95	66,11	
	Xiltess, tabl. powł., 15 mg, 28 szt.		40,37	42,79	51,17	
	Xanirva, tabl. powł., 20 mg, 98 szt.		181,44	192,33	210,87	
	Xiltess, tabl. powł., 15 mg, 42 szt.		60,56	64,18	76,05	
	Xiltess, tabl. powł., 20 mg, 28 szt.		53,83	57,06	68,22	
	Zarixa, kaps. twarde, 15 mg, 28 szt.		42,18	44,71	51,17	
	Zarixa, kaps. twarde, 20 mg, 28 szt.		56,25	59,62	68,22	
	Zarixa, kaps. twarde, 20 mg, 56 szt.		112,49	119,24	134,40	