



Rekomendacja nr 73/2026

z dnia 26 maja 2026 r.

**Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
w sprawie objęcia refundacją produktu leczniczego
Dupixent (dupilumab) w ramach programu lekowego „Leczenie chorych
z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POChP) (ICD-10: J44)”**

Prezes Agencji nie rekomenduje objęcia refundacją produktu leczniczego Dupixent (dupilumab) w ramach nowego programu lekowego „Leczenie chorych z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POChP) (ICD-10: J44)”.

Uzasadnienie

Ocena dotyczy stosowania dupilumabu (DPL) w skojarzeniu z kortykosteroidem wziewnym (wGKS), długodziałającym beta2-mimetykiem (LABA) i długodziałającym antagonistą muskarynowym (LAMA) lub w skojarzeniu z LABA i LAMA, jeśli wGKS nie jest odpowiedni, w terapii dorosłych pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POChP) i z zapaleniem typu 2. charakteryzującym się liczbą eozynofiliów we krwi na poziomie ≥ 300 komórek/ μ L, którzy spełniają kryteria włączenia uzgodnionego programu lekowego.

Aktualnie w analizowanym wskazaniu stosowana jest terapia standardowa (ang. standard therapy, ST), refundowana w Polsce w populacji docelowej, tj. terapia trójkłowa LABA + LAMA + wGKS lub terapia dwukłowa LABA + LAMA, jeśli wGKS nie jest odpowiedni.

Wszystkie analizowane wytyczne są spójne w zakresie podstaw leczenia POChP i jego stopniowego charakteru, najnowsze rekomendacje (GOLD 2026) wprowadzają istotną zmianę, rozszerzając możliwości terapeutyczne o leczenie biologiczne. W tym kontekście dupilumab pojawia się jako opcja dla pacjentów z grupy E, szczególnie z fenotypem eozynofilowym i objawami przewlekłego zapalenia oskrzeli, u których mimo stosowania terapii trójkłowej nadal występują zaostrzenia.

W ramach przeprowadzonej analizy klinicznej przedstawiono wyniki dwóch badań randomizowanych (BOREAS, NOTUS), siedmiu przeglądów systematycznych oraz dwóch badań rzeczywistej praktyki klinicznej.

Wyniki randomizowanych badań wskazują, że stosowanie DPL+ST w porównaniu do PLC+ST wiąże się z umiarkowaną poprawą w redukcji częstości występowania umiarkowanych lub ciężkich zaostrzeń POChP. Wydłużeniu uległ również czas do wystąpienia pierwszego zaostrzenia, odnotowano także poprawę w zakresie objawów oddechowych ocenianych skalą E-RS COPD (ang. Evaluating Respiratory Symptoms of COPD), parametrów spirometrycznych oraz umiarkowaną poprawę w zakresie oceny jakości życia ocenianej kwestionariuszem SGRQ.

Profil bezpieczeństwa leczenia dupilumabem był zbliżony do placebo – częstość zdarzeń niepożądanych wynosiła ok. 72% vs 71%, ciężkich zdarzeń niepożądanych 13% vs 16%, a zdarzeń prowadzących do zgonu ok. 2% vs 2%, bez istotnych statystycznie różnic między grupami. Nie obserwowano różnic w zakresie śmiertelności.

Dane z badań rzeczywistej praktyki klinicznej są spójne z wynikami przedłożonych badań klinicznych.

Zgodnie z wynikami analizy ekonomicznej stosowanie dupilumabu w skojarzeniu z terapią standardową w miejsce terapii standardowej jest droższe i skuteczniejsze zarówno w wariancie [redacted]. Oszacowany ICUR dla porównania DPL + ST vs ST wyniósł 417 995 PLN/QALY

w wariancie bez RSS oraz [REDAKTOWANE]. Wartości te znajdują się powyżej progu opłacalności, o którym mowa w ustawie o refundacji. Należy podkreślić ograniczenia wiarygodności przedstawionej analizy ekonomicznej, szczególnie uwzględnienie [REDAKTOWANE]

[REDAKTOWANE] oraz brak dostępności danych dotyczących długoterminowej skuteczności klinicznej dupilumabu i wynikająca z tego niepewność modelowania wyników zdrowotnych, w tym m.in. śmiertelności.

Wyniki analizy wpływu na budżet Wnioskodawcy wskazują na [REDAKTOWANE]

Uwzględniając wyniki przeprowadzonych analiz, w tym: niezaspokojoną potrzebę zdrowotną, umiarkowaną korzyść kliniczną ze stosowania ocenianej terapii względem przyjętego komparatora, ograniczenia wiarygodności przedłożonej analizy ekonomicznej, szacowane obciążenie budżetu płatnika publicznego, przy znacznej niepewności oszacowań, a także negatywne Stanowisko wydane przez Radę Przejrzystości, Prezes Agencji uznaje finansowanie wnioskowanej technologii za niezasadne.

Przedmiot wniosku

Zlecenie Ministra Zdrowia dotyczy oceny zasadności finansowania ze środków publicznych produktu leczniczego:

- Dupixent (dupilumab), roztwór do wstrzykiwań, 300 mg, 2 amp.-strzyk. 2 ml z osłonką na igłę, GTIN: 05909991341435, proponowana cena zbytu netto: [REDAKTOWANE];
- Dupixent (dupilumab), roztwór do wstrzykiwań, 300 mg, 2 wstrzyk. po 2 ml, GTIN: 05909991490614, proponowana cena zbytu netto: [REDAKTOWANE];

w ramach nowego programu lekowego „Leczenie chorych z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (ICD-10: J44)”.

Proponowana odpłatność i kategoria dostępności refundacyjnej: bezpłatnie w programie lekowym, w istniejącej grupie limitowej (1230.0, Dupilumab).

Problem zdrowotny

Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP; ang. chronic obstructive pulmonary disease) to heterogenna i postępująca choroba charakteryzująca się przewlekłe występującymi objawami ze strony układu oddechowego. Szacuje się, że choroba występuje u 10% globalnej populacji dorosłych i jest trzecią co do częstości przyczyną zgonów na świecie. Charakterystyczną cechą POChP jest proces zapalny, który doprowadza do niszczenia mięszu płuc i w konsekwencji do zmniejszenia drożności i wydolności układu oddechowego. Szczególnie istotnym problemem POChP są zaostrzenia, w przebiegu których dochodzi do nasilenia objawów. Konsekwencją jest obniżenie jakości życia pacjenta, a także zwiększone ryzyko hospitalizacji, zdarzeń sercowo-naczyniowych oraz zgonów.

Alternatywna technologia medyczna

Wnioskodawca jako komparator dla ocenianej technologii medycznej u pacjentów wskazał terapię standardową obecnie refundowaną w Polsce w populacji docelowej tj. terapię trójlekową LABA + LAMA + wGKS lub terapię dwulekową LABA + LAMA, jeśli wGKS nie jest odpowiedni. Wybór uznaje się za zasadny.

Opis wnioskowanego świadczenia

Dupilumab (kod ATC: D11AH05) jest rekombinowanym ludzkim przeciwciałem monoklonalnym klasy IgG4, które hamuje przekazywanie sygnałów za pośrednictwem interleukiny 4 i interleukiny 13. Dupilumab hamuje przekazywanie sygnałów przez IL-4 poprzez receptor typu I (IL-4Rα/γc) oraz przekazywanie sygnałów przez zarówno IL-4, jak i IL-13 poprzez receptor typu II (IL-4Rα/IL-13Rα). IL-4 i IL-13 są głównymi czynnikami chorób zapalnych typu 2, takich jak atopowe zapalenie skóry,

astma, EZP i PPS. Blokowanie szlaku IL-4/IL-13 za pomocą dupilumabu u pacjentów zmniejsza liczbę mediatorów zapalenia typu 2.

W dniu 28.06.2024 r. miało miejsce rozszerzenie wskazania do uzupełniającego leczenia podtrzymującego niekontrolowanej przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP) charakteryzującej się zwiększoną liczbą eozynofiliów we krwi, w skojarzeniu z kortykosteroidem wziewnym (wGKS), długodziałającym beta2-mimetykiem (LABA) i długodziałającym antagonistą muskarynowym (LAMA) lub w skojarzeniu z LABA i LAMA, jeśli wGKS nie jest odpowiedni.

Zalecane dawkowanie dupilumabu u dorosłych pacjentów z POChP to dawka 300 mg co dwa tygodnie. Aktualnie wnioskowany produkt leczniczy jest refundowany w leczeniu chorych z ciężką postacią astmy (w ramach programu lekowego B.44.), w leczeniu chorych z atopowym zapaleniem skóry (w ramach programu lekowego B.124.) oraz w leczeniu chorych z zapaleniem nosa i zatok przynosowych z polipami nosa (w ramach programu lekowego B.156.).

Ocena skuteczności (klinicznej oraz praktycznej) i bezpieczeństwa

W ramach przeprowadzonej analizy klinicznej przedstawiono wyniki dwóch badań randomizowanych (BOREAS, NOTUS), siedmiu przeglądów systematycznych oraz dwóch badań rzeczywistej praktyki klinicznej, obejmujące analizę stosowania dupilumabu w różnych schematach terapeutycznych.

BOREAS i NOTUS to badania prowadzone metodą podwójnie ślepej próby, wieloośrodkowe, w grupach równoległych, kontrolowane placebo trwające 52 tygodnie, w których wzięło udział łącznie 1874 dorosłych pacjentów z POChP.

Skuteczność

W zakresie skuteczności wykazano istotną statystycznie redukcję częstości umiarkowanych lub ciężkich zaostrzeń POChP o 31% w metaanalizie (RR=0,69 [0,595; 0,79]), przy czym w poszczególnych badaniach odnotowano spadek o 30% w badaniu BOREAS oraz o 34% w badaniu NOTUS.

Istotnie statystycznie wydłużeniu uległ również czas do wystąpienia pierwszego zaostrzenia (HR=0,76 dla umiarkowanych/ciężkich oraz HR=0,61 dla ciężkich zaostrzeń). Jednocześnie nie odnotowano istotnej statystycznie redukcji częstości występowania wyłącznie ciężkich zaostrzeń (HR =0,67; p=0,07). Zastosowanie dupilumabu w skojarzeniu ze standardową terapią wiązało się z istotną statystycznie poprawą objawów oddechowych wg skali E-RS COPD w metaanalizie (WMD = -0,9 [-1,4; -0,4]).

W zakresie czynności płuc wykazano istotną statystycznie poprawę parametrów spirometrycznych. Różnica w FEV1 wynosiła około 0,07–0,08 l (70–80 ml) w metaanalizie, co pozostaje poniżej progu minimalnej istotnej klinicznie różnicy (ok. 100 ml). Podobny charakter miała poprawa FVC (ok. 66–69 ml).

W analizie jakości życia ocenianej kwestionariuszem SGRQ wykazano istotną statystycznie poprawę, jednak jej wielkość była umiarkowana i wynosiła ok. -3,4 [-5,0; -1,8] punktu w metaanalizie. Próg istotności klinicznej określono na różnicę 4 punktów. W analizie responderów poprawę ≥ 4 punktów osiągnęło 51% pacjentów leczonych dupilumabem w porównaniu z 45% w grupie placebo (OR=1,3[1,1; 1,6]), co odpowiada wartości NNT wynoszącej 15.

Badania rzeczywistej praktyki klinicznej sugerują potencjalną poprawę w zakresie zaostrzeń i objawów [m.in. redukcja CAT (ang. COPD Assessment Test) o ok. 3–4 punkty oraz zmniejszenie liczby zaostrzeń], jednak ich interpretacja jest ograniczona ze względu na niewielką liczebność populacji i charakter obserwacyjny.

Bezpieczeństwo

Profil bezpieczeństwa leczenia dupilumabem obserwowany w badaniach RCT był zbliżony do placebo – częstość zdarzeń niepożądanych wynosiła ok. 72% vs 71%, ciężkich zdarzeń niepożądanych 13% vs 16%, a zdarzeń prowadzących do zgonu ok. 2% vs 2%, bez istotnych statystycznie różnic między grupami. Nie obserwowano różnic w zakresie śmiertelności.

W porównaniu DPL + ST vs PLC + ST obserwowano ogólnie zbliżony profil bezpieczeństwa, bez istotnych różnic klinicznych w częstości większości zdarzeń niepożądanych raportowanych u $\geq 5\%$ pacjentów. Najczęściej występujące zdarzenia obejmowały m.in. infekcje, zaburzenia układu nerwowego, oddechowego, żołądkowo-jelitowego oraz mięśniowo-szkieletowego, a ich częstość była

porównywalna pomiędzy grupami. W metaanalizie dla większości ocenianych zdarzeń nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic między ramionami leczenia. Nie wykazano istotnych statystycznie różnic w zakresie zdarzeń niepożądanych prowadzących do zgonu.

Niektóre zdarzenia osiągały częstość $\geq 5\%$ w obu ramionach, jednak bez istotnych różnic między grupami, w tym m.in. zaburzenia układu oddechowego (13% vs 14%; OR 0,91 [0,70; 1,19]), zaburzenia żołądkowo-jelitowe (14% vs 14%; OR 1,04 [0,80; 1,35]) oraz zaburzenia układu nerwowego (12% vs 12%; OR 1,00 [0,75; 1,32]).

Jedynym konsekwentnie wyższym ryzykiem obserwowanym dla DPL + ST były reakcje w miejscu wstrzyknięcia oraz zdarzenia ogólne i w miejscu podania. W metaanalizie reakcje w miejscu wstrzyknięcia występowały istotnie częściej w grupie DPL + ST (2% vs $<1\%$; OR 5,75 [1,97; 16,74]), podobnie jak zaburzenia ogólne i stany w miejscu podania (8% vs 4%; OR 1,85 [1,24; 2,74]; NNH = 29 [17; 80]).

Ograniczenia

Głównym ograniczeniem syntezy wyników w ramach niniejszej analizy jest względnie krótki okres obserwacji zastosowany w badaniach w kontekście długotrwałego leczenia dupilimabem, zastosowany złożony punkt końcowy, na który składały się komponenty o różnym znaczeniu klinicznym oraz brak oceny w badaniach parametrów klinicznych wymaganych w programie lekowym, takich jak nasilenie objawów w skali CAT oraz stopień duszności w skali mMRC. Pozostałe ograniczenia zostały przedstawione w Analizie Weryfikacyjnej.

Propozycje instrumentów dzielenia ryzyka

Zaproponowano instrument dzielenia ryzyka (RSS),

Ocena ekonomiczna, w tym szacunek kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych

W ramach analizy ekonomicznej przeprowadzono analizę kosztów użyteczności (CUA) w dożywotnim horyzoncie czasowym. Poniżej przedstawiono wyniki z perspektywy płatnika publicznego (NFZ) z uwzględnieniem RSS.

Zgodnie z wynikami analizy ekonomicznej stosowanie dupilumabu w skojarzeniu z terapią standardową w miejsce terapii standardowej jest droższe i skuteczniejsze zarówno w wariantcie [redacted]. Oszacowany ICUR dla porównania DPL + ST vs ST wyniósł 417 995 PLN/QALY w wariantcie bez RSS oraz [redacted]. Wartości te znajdują się powyżej progu opłacalności, o którym mowa w ustawie o refundacji.

Przy wartości ICUR określonej w analizie podstawowej oszacowana przez Wnioskodawcę wartość progowa ceny zbytu netto leku, przy której koszt uzyskania dodatkowego roku życia skorygowanego o jakość, jest równy wysokości progu, o którym mowa w art. 12 pkt 13 i art. 19 ust. 2 pkt 7 ustawy,

Ograniczenia

Główne ograniczenia analizy ekonomicznej wynikają z przedłożonej analizy klinicznej, tj. braku dostępności danych dotyczących długoterminowej skuteczności klinicznej dupilumabu i wynikająca z tego niepewność modelowania wyników zdrowotnych, w tym m.in. śmiertelności. Dodatkową niepewność wprowadza uwzględnienie [redacted]

Szczegółowe ograniczenia przedstawiono w Analizie Weryfikacyjnej Agencji.

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 2026 r. poz. 253)

W związku z wykazaniem wyższości DPL + ST nad ST w randomizowanych badaniach klinicznych w opinii Agencji nie zachodzą okoliczności art. 13 ustawy o refundacji.

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

Analiza wpływu na budżet została przeprowadzona w dwuletnim horyzoncie czasowym. Poniżej przedstawiono wyniki wyłącznie z perspektywy płatnika publicznego (NFZ).

Oszacowano liczbę pacjentów stosujących wnioskowaną technologię w scenariuszu nowym na [] pacjentów w I roku oraz [] pacjentów w II roku.

Wyniki analizy wskazują, że objęcie refundacją ocenianej terapii u pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc, spełniających kryteria włączenia do uzgodnionego programu lekowego, w wariantcie z uwzględnieniem RSS, []

- o [] w I roku refundacji;
- o [] w II roku refundacji.

Składowa kosztu, stanowiąca kwotę refundacji produktu leczniczego Dupixent (dupilumab) w wariantcie z RSS wynosi []

Ograniczenia

Główne ograniczenia przeprowadzonej analizy wpływu na budżet wynikają z niepewności dot. szacunków liczebności populacji docelowej i potencjalnego znacznego jej niedoszacowania, a także przyjętego horyzontu czasowego, który jest niewystraczający do ustalenia równowagi na rynku. Dupilumab jest przeznaczony do długotrwałego stosowania. Szczegółowe ograniczenia przedstawiono w Analizie Weryfikacyjnej Agencji.

Uwagi do proponowanego instrumentu dzielenia ryzyka

W opinii Agencji zaproponowany RSS jest niewystarczający.

Uwagi do programu lekowego

Ankietowani eksperci kliniczni nie zgłosili uwag do proponowanych zapisów programu lekowego.

W ramach odpowiedzi na dodatkowe pytania MZ przekazane wraz ze Zleceniem, dotyczącego niepalenia tytoniu jako kryterium kwalifikacji do leczenia, należy wskazać, że:

- Stanowiska ekspertów klinicznych przekazane przez MZ oraz eksperta ankietowanego przez Agencję są spójne i wskazują, że wprowadzenie kryterium niepalenia tytoniu lub wykluczenia aktywnych palaczy nie znajduje uzasadnienia klinicznego ani naukowego, a dodatkowo budzi istotne wątpliwości natury etycznej i może prowadzić do nierównego dostępu do leczenia. Szczególnie istotne jest, że POChP jest chorobą silnie związaną z paleniem tytoniu, a znaczna część pacjentów to osoby uzależnione od nikotyny.
- Dostępne dowody naukowe nie potwierdzają wpływu statusu palenia na skuteczność dupilumabu. W badaniach BOREAS i NOTUS wykazano istotną statystycznie redukcję częstości zaostrzeń zarówno u aktualnych palaczy, jak i u byłych palaczy, a także poprawę parametrów czynności płuc w obu grupach. Analiza podgrup z badania NOTUS wskazuje, że dupilumab wykazuje zbliżoną skuteczność zarówno u aktualnych, jak i byłych palaczy w zakresie redukcji częstości zaostrzeń i poprawy czynności płuc. Wyniki badania BOREAS nie były zaś analizowane w zależności od statusu palenia.

Na podstawie powyższego Prezes Agencji ocenia jako niezasadne umieszczenie w zapisach programu dodatkowych kryteriów dotyczących niepalenia tytoniu. Jednocześnie należy podkreślić, iż zgodnie z wytycznymi klinicznymi, w tym PTMR 2024, najważniejszą interwencją w spowalnianiu postępu POChP pozostaje zaprzestanie palenia tytoniu.

W kwestii zasadności utworzenia Zespołu Koordynacyjnego dla przedmiotowej jednostki, z uwzględnieniem jej populacyjnego charakteru; ankietowany Ekspert wskazuje, że może to być zasadne. Uzupełniając należy wskazać, że w przypadku innych programów lekowych, w ramach których refundowany jest dupilumab, nie funkcjonują Zespoły Koordynacyjne. Kryteria kwalifikacji do programu są właściwie określone i jasno sprecyzowane, tym samym utworzenie nowego Zespołu Koordynacyjnego w opinii Prezesa Agencji wydaje się niekonieczne.

Omówienie rozwiązań proponowanych w analizie racjonalizacyjnej

Nie dotyczy.

Omówienie rekomendacji wydawanych w odniesieniu do ocenianej technologii

Rekomendacje kliniczne

W wyniku wyszukiwania odnaleziono 4 dokumenty wytycznych klinicznych: polskie PTMR 2024, światowe GOLD 2026, europejskie ERS 2020 oraz amerykańskie ATS 2020.

Wszystkie analizowane wytyczne są spójne w zakresie podstaw leczenia POChP i jego stopniowego charakteru, najnowsze rekomendacje (GOLD 2026) wprowadzają istotną zmianę, rozszerzając możliwości terapeutyczne o leczenie biologiczne. W tym kontekście dupilumab pojawia się jako opcja dla pacjentów z grupy E, szczególnie z fenotypem eozynofilowym i objawami przewlekłego zapalenia oskrzeli, u których mimo stosowania terapii trójkowej nadal występują zaostrzenia.

Rekomendacje refundacyjne

Odnaleziono jedną rekomendację pozytywną (HAS 2024), dwie rekomendacje pozytywne warunkowo (CDA-AMC 2026, NICE 2026) oraz dokument G-BA 2025, w którym stwierdzono niewielką dodatkową korzyść kliniczną dupilumabu jako leczenia uzupełniającego (add-on) u dorosłych pacjentów z niekontrolowaną POChP i podwyższonym poziomem eozynofilów, wyłącznie w populacji z mniej zaawansowaną obturacją (post-BD FEV₁ ≥ 50%), natomiast w populacji z cięższą obturacją (post-BD FEV₁ < 50%) dodatkowa korzyść nie została wykazana z uwagi na brak danych.

W rekomendacjach pozytywnych zwraca się głównie uwagę na wykazanie wyższości dupilumabu wobec placebo jako leczenia add-on do terapii podtrzymującej u pacjentów z POChP, prowadząc do umiarkowanego, lecz istotnego klinicznie zmniejszenia częstości umiarkowanych lub ciężkich zaostrzeń oraz niewielkiej poprawy czynności płuc, przy akceptowalnym profilu bezpieczeństwa i istnieniu niezaspokojonej potrzeby medycznej. Jednocześnie wartość kliniczna interwencji jest ograniczona ze względu na niewielką skalę efektu, przewagę zaostrzeń umiarkowanych, brak danych długoterminowych oraz nieoptymalne wdrożenie interwencji niefarmakologicznych, w tym zaprzestania palenia i rehabilitacji oddechowej. Jako warunki refundacji wskazano poprawę efektywności kosztowej do akceptowalnego poziomu (CDA-AMC 2026) oraz udostępnienie leku po uzgodnionej cenie (NICE 2026). Rekomendacja G-BA 2025 opiera się przede wszystkim na redukcji częstości zaostrzeń, przy braku istotnych różnic w śmiertelności i bezpieczeństwie.

Według informacji przedstawionych przez Wnioskodawcę produkt leczniczy Dupixent [redacted] w krajach UE i EFTA.

Podstawa przygotowania rekomendacji

Rekomendacja została przygotowana na podstawie zlecenia z dnia 06.03.2026 r. Ministra Zdrowia (znak pisma: PLR.4500.2349.2025.26.SGÓ; PLR.4500.2350.2025.25.SGÓ), w sprawie przygotowania rekomendacji Prezesa w sprawie objęcia refundacją produktu: Dupixent (dupilumab) w ramach programu lekowego „Leczenie chorych z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POChP) (ICD-10: J44)”

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 2026 r. poz. 253), po uzyskaniu stanowiska Rady Przejrzystości nr 68/2026 z dnia 25 maja 2026 roku.

PREZES

Daniel Rutkowski

/dokument podpisany elektronicznie/

Piśmiennictwo

1. Stanowisko Rady Przejrzystości nr 68/2026 z dnia 25 maja 2026 roku w sprawie oceny leku Dupixent (dupilumabum) w ramach programu lekowego „Leczenie chorych z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (PoChP) (ICD-10: J44)”
2. Wniosek o objęcie refundacją leku Dupixent (dupilumab) we wskazaniu: Leczenie chorych z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POChP) (ICD-10: J44). Analiza weryfikacyjna. DWOK.4131.3.2026. Data ukończenia: 13 maja 2026 r.