Rekomendacja nr 176/2026
z dnia 30 października 2026 r.
Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
w sprawie objęcia refundacją produktu leczniczego
Keytruda (pembrolizumab) w ramach programu lekowego
B.148. Leczenie chorych na raka endometrium (ICD-10: C54)

Prezes Agencji rekomenduje objęcie refundacją produktu leczniczego Keytruda (pembrolizumab) w ramach programu lekowego B.148. LECZENIE CHORYCH NA RAKA ENDOMETRIUM (ICD-10: C54), pod warunkiem finansowania na warunkach nie gorszych niż obecnie refundowany produkt leczniczy Keytruda (pembrolizumab) w formie do podania dożylnego.

Uzasadnienie

Ocena dotyczy stosowania pembrolizumabu w formie do podania podskórnego (PBR SC) w ramach programu lekowego (PL) B.148. we wskazaniu: pierwotny, zaawansowany (stadium ≥III) lub nawrotowy rak endometrium - w monoterapii w kolejnej linii leczenia oraz pierwotny, zaawansowany lub nawrotowy rak endometrium w stadium III–IV (po leczeniu operacyjnym), lub w III–IV stadium (brak kwalifikacji do leczenia) - w skojarzeniu z karboplatyną i paklitakselem, a następnie w monoterapii, w I linii leczenia. Obecnie w analizowanym wskazaniu refundowany jest m.in. pembrolizumab w formie do podania dożylnego (PBR IV). Jednocześnie w Agencji ocenie podlega stosowanie pembrolizumabu SC w ramach 10 innych programów lekowych (B.4.; B.5.; B.6.; B.9.FM.; B.10.; B.52.; B.58. B.59.; B.141.FM. i B.159.).

Wnioskodawca jako komparator dla PBR SC wskazał PBR IV.

Nie odnaleziono badań dotyczących ocenianego wskazania, zidentyfikowano trzy badania pierwotne dotyczące niedrobnokomórkowego raka płuca (NDRP), czerniaka oraz raka nerki. Analiza kliniczna opiera się głównie na badaniu otwartym z randomizacją Felip 2025 (3475A-D77), w którym oceniano farmakokinetykę, farmakodynamikę, bezpieczeństwo i skuteczność pembrolizumabu w postaci podskórnej w porównaniu z pembrolizumabem w postaci dożylnej w populacji wcześniej nieleczonych pacjentów z zaawanasowanym NDRP. W badaniu wykazano, iż pembrolizumab SC jest nie gorszy niż pembrolizumab IV pod względem parametrów farmakokinetycznych ($AUC_{0-6\ tyg.}$ w 1. cyklu leczenia oraz C_{trough} w stanie stacjonarnym, tj. 3. cyklu). Nie odnotowano istotnych różnic w zakresie przeżycia całkowitego, przeżycia wolnego od progresji choroby oraz analizowanych punktów końcowych dotyczących oceny jakości życia.

Analiza bezpieczeństwa wskazuje na podobną częstość występowania zdarzeń niepożądanych odnotowanych w trakcie leczenia (TEAE), zdarzeń niepożądanych uznanych za związane z leczeniem (TREAE) 3.-5. stopnia, ciężkich zdarzeń niepożądanych (SAE) wiązanych z leczeniem, TEAE prowadzących do zgonu i zdarzeń prowadzących do przerwania leczenia. Różnice istotne statystycznie, na korzyść ocenianej technologii odnotowano dla zdarzeń TRAE ogółem.

Brak badań dotyczących bezpośrednio PBR SC w ocenianym wskazaniu stanowi ograniczenie wnioskowania, natomiast należy wskazać, że w opinii EMA wnioski dotyczące farmakokinetyki dla konkretnego wskazania mogą mieć zastosowanie również w innych wskazaniach.

Zgodnie z przeprowadzoną analizą ekonomiczną, w wariancie z RSS, koszt stosowania PBR SC w PL B.148 jest niższy [redacted] od kosztu stosowania PBR IV. Ponadto, przy uwzględnieniu populacji pacjentów włączanych do tego programu, szacuje się, że objęcie refundacją ocenianej terapii SC, będzie wiązać się z oszczędnościami płatnika publicznego na poziomie [redacted] odpowiednio w I i II roku refundacji.

Według oszacowań Agencji uwzględniających [redacted] finansowanie PBR SC we wszystkich wnioskowanych

jednocześnie wskazaniach będzie wiązało się z

Uwzględniając wyniki przeprowadzonych analiz, w tym: brak niezaspokojonej potrzeby zdrowotnej, ograniczenia w zakresie dostępnych dowodów nt. skuteczności i bezpieczeństwa ocenianej terapii tj. konieczność ekstrapolacji wyników badania przeprowadzonego wśród populacji odmiennej od wnioskowanej, szacowany wpływ na budżet płatnika publicznego, a jednocześnie dostrzegając korzyści wynikające ze stosowania terapii podskórnej dla pacjentów i systemu (krótszy czas podania, mniejsze obciążenie administracyjne systemu i pacjenta), oraz przychylając się do Stanowiska Rady Przejrzystości, Prezes Agencji uznaje finansowanie wnioskowanej technologii za zasadne po spełnieniu warunku ujętego w sentencji.

Dodatkowo, Prezes Agencji zwraca uwagę, że należy stale dążyć do obniżania całkowitych kosztów programu lekowego, przy uwzględnieniu wszystkich finansowanych terapii, szczególnie w kontekście potencjalnego objęcia refundacją leków biopodobnych dla pembrolizumabu IV. Jednocześnie warunki finansowania pembrolizumabu SC powinny podlegać bieżącemu monitorowaniu i być odpowiednio dostosowywane do kosztów terapii z wykorzystaniem pembrolizumabu IV.

Przedmiot wniosku

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

- Keytruda (pembrolizumab), roztwór do wstrzykiwań, 395 mg, 1 fiol., GTIN: 00191778025637; proponowana cena zbytu netto: ;
- Keytruda (pembrolizumab), roztwór do wstrzykiwań, 790 mg, 1 fiol., GTIN: 00191778025644; proponowana cena zbytu netto: ;

w ramach programu lekowego B.148. Leczenie chorych na raka endometrium (ICD-10: C54).

Proponowana odpłatność i kategoria dostępności refundacyjnej: bezpłatnie w programie lekowym, w istniejącej grupie limitowej (1143.0. Pembrolizumab).

Problem zdrowotny

Rak endometrium, zwany również rakiem błony śluzowej trzonu macicy lub rakiem trzonu macicy, jest nowotworem złośliwym błony śluzowej wyścielającej macicę. Wyróżnia się trzy stopnie zróżnicowania raka, ze względu na procent utkania litego w stosunku do komponentu zróżnicowanego gruczołowo (tworzącego cewki) tj.: rak wysoko zróżnicowany G1: 50% utkania części litej (najgorzej rokujący); rak średnio zróżnicowany G2: 6–50% utkania części litej; rak nisko zróżnicowany G3: >50% utkania części litej (najgorzej rokujący).

Istnieją dwa typu raka endometrium, różniące się przyczynami molekularnymi, agresywnością, rokowaniem i wiekiem, w którym występują: typ I, (80-90% przypadków) – gruczolak endometrium (stopień G1/G2) – występuje w wieku okołomenopauzalnym, rozwija się na podłożu rozrostu endometrium, w związku ze stymulacją estrogenami (dobrze rokujący); typ II – dotyczy kobiet w 6. i 7. dekadzie życia, nie ma związku ze stymulacją, hormonalną, histologicznie jest gruczołowym rakiem surowicznym, jasnokomórkowym, endometrialny (o wysokim stopniu złośliwości – stopień G3) (gorzej rokujący).

Rak trzonu macicy to szósty z kolei najczęściej diagnozowany nowotwór złośliwy oraz najczęstszym nowotworem ginekologicznym w Europie oraz na świecie. Według danych z Krajowego Rejestru Nowotworowych (KRN) w 2022 r. w Polsce odnotowano 5 995 nowych zachorowań oraz 1 755 zgonów z powodu raka trzonu macicy (ICD-10: C54). Liczba kobiet żyjących z rozpoznaniem tego nowotworu wynosiła 5 788 w ciągu roku od diagnozy, 15 403 w ciągu 3 lat, 24 606 w ciągu 5 lat oraz 44 746 w ciągu 10 lat od rozpoznania.

Według danych NFZ, w 2025 roku w PL B.148. leczonych było łącznie 536 pacjentów, w tym pembrolizumabem IV – 107.

Alternatywna technologia medyczna

Wnioskodawca jako komparator wskazał PBR IV. Wybór uznano za prawidłowy, zgodny z wytycznymi klinicznymi, opiniami ekspertów klinicznych i statusem refundacyjnym.

Opis wnioskowanego świadczenia

Pembrolizumab (kod ATC: L01FF02) jest humanizowanym przeciwciałem monoklonalnym, które wiąże się z receptorem programowanej śmierci komórki 1 (PD-1) i blokuje jego interakcję z ligandami PD-L1 i PD-L2, wzmacniając odpowiedź przeciwnowotworową limfocytów T.

Produkt leczniczy Keytruda w omawianym wskazaniu jest zarejestrowany do stosowania:

- w skojarzeniu z karboplatyną i paklitakselem w leczeniu pierwszego rzutu pierwotnie zaawansowanego lub nawrotowego raka endometrium u osób dorosłych, którzy kwalifikują się do leczenia układowego
- w skojarzeniu z lenwatynibem w leczeniu zaawansowanego lub nawrotowego raka endometrium u osób dorosłych, u których nastąpiła progresja choroby podczas lub po wcześniejszym leczeniu zawierającym pochodne platyny w dowolnym zestawieniu i którzy nie kwalifikują się do radykalnego leczenia chirurgicznego lub radioterapii.
- w monoterapii w leczeniu osób dorosłych z zaawansowanym lub nawrotowym rakiem endometrium z MSI-H lub dMMR, u których nastąpiła progresja choroby podczas lub po wcześniejszym leczeniu opartym na pochodnych platyny w dowolnym zestawieniu i którzy nie kwalifikują się do radykalnego leczenia chirurgicznego lub radioterapii;

Zalecana dawka pembrolizumabu to:

- 395 mg co 3 tygodnie, podawana we wstrzyknięciu podskórnym trwającym 1 minutę lub
- 790 mg co 6 tygodni, podawana we wstrzyknięciu podskórnym trwającym 2 minuty.

Produkt leczniczy Keytruda w formie podskórnej został zarejestrowany przez EMA 17.11.2025 r.

Ocena skuteczności (klinicznej oraz praktycznej) i bezpieczeństwa

Nie odnaleziono badań dotyczących ocenianego wskazania, Wnioskodawca w ramach analizy klinicznej przedstawił badania pierwotne dotyczące innych wskazań niż oceniane (NDRP, czerniak, rak nerki). Kluczowych danych dostarcza otwarte badanie kliniczne III fazy z randomizacją (Felip 2025) oceniające farmakokinetykę, farmakodynamikę, bezpieczeństwo i skuteczność PBR SC w porównaniu z PBR IV w populacji wcześniej nieleczonych pacjentów z NDRP. Ponadto, uwzględniono otwarte badanie II fazy Casarini 2025, oceniające preferencje i poziom satysfakcji pacjentów ze stosowania PBR SC w porównaniu do PBR IV w populacji pacjentów z czerniakiem, rakiem nerki oraz NDRP.

Nie odnaleziono przeglądów systematycznych oraz badań efektywności rzeczywistej dotyczących PBR SC.

Skuteczność

Pierwszorzędowymi punktami końcowymi (PK) w badaniu Felip 2025 były $AUC_{0-6\ tyg.}$ w 1. cyklu leczenia oraz C_{trough} w stanie stacjonarnym, tj. 3. cyklu. Hipotezę *non-inferiority* w zakresie ekspozycji na PBR SC + CTH względem PBR IV + CTH uznawano za potwierdzoną, jeżeli dolna granica przedziału ufności dla ilorazu średnich geometrycznych (GMR) była większa niż 0,8.

Wykazano *non-inferiority* dla obu pierwszorzędowych PK: $AUC_{0-6\ tyg.}$: GMR=1,14 (96%CI: 1,06; 1,22), p<0,0001 oraz C_{trough}: GMR=1,67 (94%CI: 1,52; 1,84), p<0,0001.

Dla okresu obserwacji 9,6 mies., w odniesieniu do punktu końcowego dotyczącego przeżycia całkowitego (OS) nie odnotowano istotnej statystycznie (IS) różnicy pomiędzy analizowanymi grupami, a mediana OS nie została osiągnięta w obu grupach. Dla punktu końcowego dotyczącego przeżycia wolnego od progresji choroby (PFS) także nie odnotowano IS różnicy pomiędzy analizowanymi grupami, a mediana PFS wyniosła 8,1 mies. w grupie PBR SC + CTH oraz 7,8 mies. w grupie PBR IV + CTH.

W odniesieniu do punktów końcowych dotyczących odpowiedzi na leczenie i czasu jej trwania, również nie odnotowano IS różnic pomiędzy analizowanymi grupami.

W ramach oceny jakości życia, nie odnotowano IS różnic pomiędzy badanymi grupami względem średniej zmiany w globalnej ocenie stanu zdrowia i w zakresie 2 przedstawionych domen funkcjonalnych (funkcjonowania fizycznego oraz funkcjonowania w rolach społecznych) ocenianych kwestionariuszem EORTC QLQ C30, a także w zakresie ogólnej oceny jakości życia ocenionej kwestionariuszem EQ 5D 5L.

Badanie preferencji dotyczące drogi podania leku (Casarini 2025) wskazało, że preferencja dla PBR SC była częstsza niezależnie od kolejności stosowania obu form podania.

Bezpieczeństwo

W badaniu Felip 2025 nie odnotowano IS różnic pomiędzy PBR SC + CTH oraz PBR IV + CTH w zakresie częstości występowania zdarzeń niepożądanych występujących w trakcie leczenia (TEAE), zdarzeń niepożądanych uznanych za związane z leczeniem (TRAE) 3.-5. stopnia, ciężkich zdarzeń niepożądanych (SAE) związanych z leczeniem, TEAE prowadzących do zgonu ani zdarzeń prowadzących do przerwania leczenia.

Odnotowano IS różnice w częstości występowania TRAE ogółem na korzyść ocenianej interwencji (90%) w porównaniu z grupą kontrolną (96%) [RR=0,94 (95%CI: 0,89; 0,99)].

Ograniczenia

Zidentyfikowano jedno pierwotne badanie z randomizacją oceniające skuteczność i bezpieczeństwo PBR SC względem PBR IV pod względem istotnych klinicznie punktów końcowych (Felip 2025) przeprowadzone w populacji pacjentów z zaawanasowanym NDRP. Brak jest bezpośrednich dowodów klinicznych najwyższej jakości dotyczących zastosowania PBR SC względem przyjętego komparatora dla pozostałych populacji analizowanych w ramach ocenianych programów lekowych (w tym dla pacjentów włączanych do programu B.148.). Należy jednocześnie zauważyć, że zgodnie z raportem EMA z 2025 r. w oparciu o dane historyczne nie stwierdza się różnic w farmakokinetyce pembrolizumabu między różnymi nowotworami, dlatego też w opinii EMA wnioski dotyczące farmakokinetyki dla konkretnego wskazania mogą mieć zastosowanie także dla innych wskazań.

Pozostałe ograniczenia zostały przedstawione w Analizie Weryfikacyjnej.

Propozycje instrumentów dzielenia ryzyka

Zaproponowano mechanizmu dzielenia ryzyka

Ocena ekonomiczna, w tym stosunek kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych

W ramach analizy ekonomicznej przeprowadzono analizę minimalizacji kosztów (CMA) w rocznym horyzoncie czasowym. Poniżej przedstawiono wyniki z perspektywy płatnika publicznego (NFZ).

Zgodnie z oszacowaniami Wnioskodawcy uwzględniającymi populację pacjentów włączanych do programu lekowego B.148 stosowanie PBR SC w miejsce PBR IV w wariancie z RSS jest tańsze o , natomiast w wariancie bez RSS droższe o

Oszacowania obejmujące wszystkie oceniane programy lekowe wskazują, że koszty stosowania PBR SC i PBR IV są zbliżone (koszt PBR SC niższy o). W wariancie bez RSS stosowanie PBR SC w miejsce PBR IV jest droższe o .

Ograniczenia

Głównymi ograniczeniami analizy ekonomicznej są: ograniczenie analizy wyłącznie do kosztów substancji czynnych i ich podania, uwzględnienie jako komparatora wyłącznie PBR IV arbitralne założenia o trybie podania leku (ambulatoryjne/hospitalizacja) i częstości jego stosowania (co 3 lub 6 tyg.), brak uwzględnienia

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, z późn. zm.)

W ocenie Agencji zachodzą okoliczności art. 13 ust. 3 ustawy o refundacji. Wartości cen zbytu netto produktów leczniczych Keytruda 395 mg oraz Keytruda 790 mg, przy których koszty ich stosowania nie są wyższe od kosztu stosowania refundowanej technologii opcjonalnej wynoszą średnio zarówno w wariancie z RSS, jak i bez RSS (przy uwzględnieniu wszystkich wnioskowanych jednocześnie PL). Natomiast w zależności od analizowanej podgrupy

(programu lekowego) cena ta wynosi od [redacted] dla dawki 395 mg oraz od [redacted] dla dawki 790 mg.

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).

Łącznie (dla wszystkich ocenianych programów lekowych) oszacowano liczbę pacjentów rozpoczynających terapię wnioskowaną technologię w scenariuszu nowym na [redacted] pacjentów w I roku refundacji oraz na [redacted] pacjentów w II roku refundacji. Biorąc pod uwagę wyłącznie pacjentów włączanych do programu B.148 liczba pacjentów będzie wynosić odpowiednio [redacted] pacjentów.

Wyniki analizy Wnioskodawcy wskazują, że objęcie refundacją ocenianej terapii w programie lekowym B.148, będzie wiązać się w wariancie z uwzględnieniem RSS z oszczędnościami na poziomie [redacted] odpowiednio w I i II roku refundacji.

Oszacowania uwzględniające objęcie refundacją ocenianej terapii w ramach wszystkich ocenianych programów lekowych, w wariancie z uwzględnieniem RSS, wskazują na [redacted] na poziomie [redacted] odpowiednio w I i II roku refundacji.

Należy jednak zaznaczyć, że oszacowania Wnioskodawcy w wariancie maksymalnym wskazują na [redacted] wydatków płatnika o [redacted] odpowiednio w I i II roku refundacji.

Ograniczenia

W analizie wielkość populacji określono na podstawie realizacji programów lekowych, w których finansowany jest PBR IV, przedłożonych analiz wpływu na budżet dla programów lekowych refundowanych od okresu niepozwalającego na ocenę sprzedaży, a także rozpowszechnienia postaci podskórnej leku o tożsamej substancji czynnej na podstawie rynku atezolizumabu w postaci podskórnej Należy również wskazać, że w oszacowaniach Wnioskodawcy nie uwzględniono [redacted]. Szczegółowe ograniczenia przedstawiono w Analizie Weryfikacyjnej Agencji.

Obliczenia własne Agencji

Według oszacowań Agencji uwzględniających [redacted], finansowanie PBR SC we wszystkich wnioskowanych wskazaniach będzie wiązało się z dodatkowymi wydatkami płatnika publicznego wynoszącymi ok. [redacted] w I roku oraz [redacted] w II roku refundacji.

Uwagi do proponowanego instrumentu dzielenia ryzyka

Należy wskazać, iż dla obecnie finansowanej dożylnej postaci pembrolizumabu warunki refundacji w PL B.148 polegają na [redacted]

[redacted]

Uwagi do programu lekowego

Brak uwag.

Omówienie rozwiązań proponowanych w analizie racjonalizacyjnej

Nie dotyczy.

Omówienie rekomendacji wydawanych w odniesieniu do ocenianej technologii

Rekomendacje kliniczne

W ramach przeglądu wytycznych praktyki klinicznej uwzględniono trzy dokumenty: wytyczne PTGO 2025, NCCN 2026 oraz ESMO 2022 dotyczące leczenia zaawansowanego i nawrotowego raka endometrium.

Wytyczne PTGO 2025 i NCCN 2026 wskazują na zastosowanie inhibitorów PD-1/PD-L1 w skojarzeniu z chemioterapią opartą na karboplatynie i paklitakselu w pierwszej linii leczenia określonych grup pacjentek z zaawansowanym lub nawrotowym rakiem endometrium, z możliwością kontynuacji immunoterapii jako leczenia podtrzymującego. Stosowane schematy obejmują m.in. dostarlimab lub pembrolizumab oraz w określonych przypadkach durwalumab.

W przypadku nawrotu choroby po wcześniejszym leczeniu opartym na związkach platyny dobór terapii zależy od profilu molekularnego nowotworu. U pacjentek z guzami MSI-H/dMMR, które nie otrzymywały wcześniej immunoterapii, zalecaną opcję stanowi monoterapia inhibitorem PD-1, m.in. pembrolizumabem lub dostarlimabem. W przypadku guzów pMMR preferowaną opcją wskazywaną przez PTGO i NCCN jest pembrolizumab w skojarzeniu z lenwatynibem. ESMO uwzględnia zastosowanie tego skojarzenia po progresji podczas lub po leczeniu opartym na związkach platyny niezależnie od statusu MMR, u pacjentek niekwalifikujących się do radykalnego leczenia chirurgicznego ani radioterapii. PTGO zaznacza jednocześnie, że opcje leczenia po wcześniejszym zastosowaniu immunoterapii w skojarzeniu z chemioterapią nie zostały jednoznacznie określone.

NCCN 2026 wymienia ponadto immunoterapię jako opcję leczenia guzów TMB-H, definiowanych jako obciążenie mutacyjne wynoszące co najmniej 10 mutacji/Mb, natomiast ESMO 2022 odnotowuje zatwierdzenie pembrolizumabu przez FDA w leczeniu guzów litych TMB-H po progresji po wcześniejszej terapii. NCCN 2026 wskazuje również, że pembrolizumab podawany podskórnie w skojarzeniu z berahyaluronidazą alfa może być stosowany zamiast pembrolizumabu podawanego dożylnie, przy uwzględnieniu różnic w dawkowaniu i sposobie podawania.

Rekomendacje refundacyjne

W wyniku wyszukiwania nie odnaleziono rekomendacji refundacyjnych dotyczących ocenianej interwencji.

Według informacji przedstawionych przez Wnioskodawcę produkt leczniczy Keytruda w postaci do podania podskórnego jest finansowany w dwóch krajach UE i EFTA (na 30 wskazanych).

Podstawa przygotowania rekomendacji

Rekomendacja została przygotowana na podstawie zlecenia z dnia 09.07.2026 r. Ministra Zdrowia (znak pisma: PLR.4500.595.2026.12.WMO, PLR.4500.596.2026.12.WMO w sprawie przygotowania rekomendacji Prezesa w sprawie objęcia refundacją produktu: Keytruda (pembrolizumab) w ramach programu lekowego B.148 „Leczenie chorych na raka endometrium (ICD-10: C54)", 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, z późn. zm.), po uzyskaniu stanowiska Rady Przejrzystości nr 170/2026.

Piśmiennictwo

1. Stanowisko Rady Przejrzystości nr 170/2026 z dnia 28 października 2026 roku w sprawie oceny leku Keytruda (pembrolizumabum) w ramach programu lekowego B.148. „Leczenie chorych na raka endometrium (ICD-10: C54)".
2. Wniosek o objęcie refundacją leku Keytruda (pembrolizumab) w formie do podania podskórnego w ramach programów lekowych: B.4., B.5., B.6., B.9.FM., B.10., B.52., B.58., B.59., B.141.FM., B.148., B.159. Analiza weryfikacyjna OTAD.4131.15.2026, OTAD.4131.16.2026, OTAD.4131.17.2026, OTAD.4131.18.2026, OTAD.4131.19.2026, OTAD.4131.20.2026, OTAD.4131.21.2026, OTAD.4131.22.2026, OTAD.4131.23.2026, OTAD.4131.24.2026, OTAD.4131.25.2026. Data ukończenia: 16 października 2026 r.