

Postulaty organizacji wspierających pacjentów onkologicznych wobec polityki lekowej państwa

Spotkanie w Ministerstwie Zdrowia
16 października 2017 r.

Raport

marzec 2017

Dostęp pacjentów
onkologicznych do terapii
lekowych w Polsce na tle
aktualnej wiedzy
medycznej


ALIVIA
FUNDACJA ONKOLOGICZNA


pex PharmaSequence

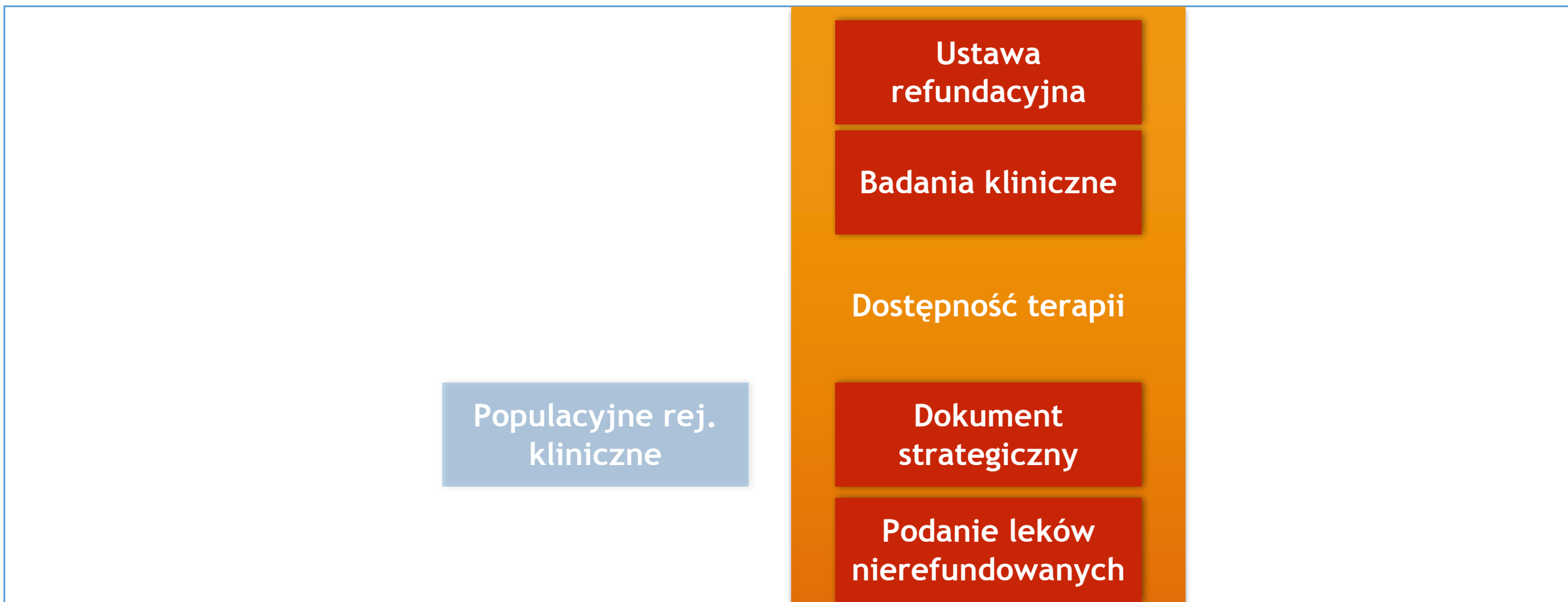
Dlaczego staramy się interesować instytucje naszymi problemami?

Wskaźnik 5-letnich przeżyć pacjentów onkologicznych w Polsce jest wyraźnie niższy niż w innych państwach europejskich, nie tylko Europy Zachodniej, lecz również państw regionu Europy Wschodniej.



Dlaczego staramy się interesować instytucje naszymi problemami?

Wskaźnik 5-letnich przeżyć pacjentów onkologicznych w Polsce jest wyraźnie niższy niż w innych państwach europejskich, nie tylko Europy Zachodniej, lecz również państw regionu Europy Wschodniej.



Dlaczego standardy postępowania są istotne?

Badania kliniczne dowiodły, że **pacjenci, którzy są leczeni zgodnie z obowiązującymi standardami postępowania, żyją dłużej**, później następuje u nich progresja choroby oraz ich życie charakteryzuje się lepszą jakością.

©Kancelaria Sejmu

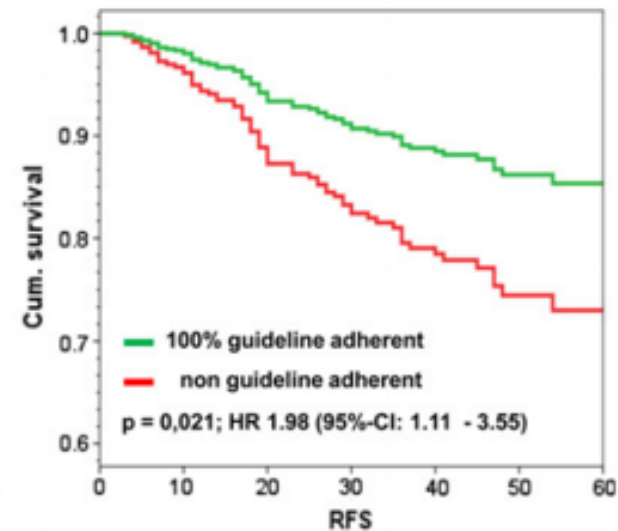
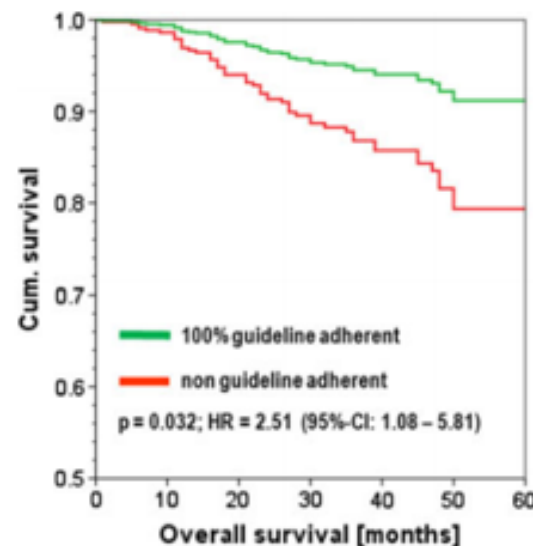
Dz.U. 2009 Nr 52 poz. 417

U S T A W A

z dnia 6 listopada 2008 r.

o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

Fig. 4 Recurrence-free and overall survival of patients with TNBC stratified for 100% guideline adherence and adjusted for age, tumour size, grading and nodal status



Art. 6 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta - „Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.

”

Warunki analizy

Warunki analizy – dostępność leków:

1. Analizie poddano 10 guzów litych oraz 10 chorób hematoonkologicznych o największej bezwzględnej liczbie zgonów według Krajowego Rejestru Nowotworów.
2. Analizie poddano leki zarejestrowane na terenie Unii Europejskiej w 2004 roku i później.
3. Schemat leczenia finansowanego przez płatnika publicznego w Polsce porównano z najnowszymi dostępnymi wytycznymi ESMO oraz NCCN.
4. Ze względu na cechy systemu ochrony zdrowia w Polsce przyjęto, że podstawowym kanałem udostępnienia pacjentom terapii onkologicznych jest ich finansowanie ze środków publicznych



Wyniki raportu

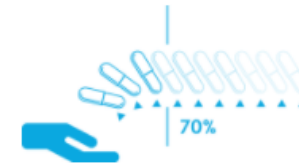
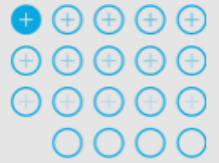
Wyniki – dostępność leków:

1. **Ponad połowa leków onkologicznych (53%) zarejestrowanych w Europie po 2004 roku nie jest w ogóle refundowana w Polsce.**
2. **20-30% leków zarejestrowanych w Europie po 2004 roku jest dostępna w Polsce dla niepełnej populacji pacjentów.**
3. Spośród analizowanych **19 obszarów terapeutycznych jedynie pacjentki z rakiem jajnika** mogą być pewne, że otrzymają dostęp do farmakoterapii zgodnej z aktualną wiedzą medyczną.
4. **Procesy refundacyjne są przewlekłe** i charakteryzują się niewielką przejrzystością.
5. Z komentarzy ekspertów wynika, że **brak dostępności jest również istotnym problemem przy stosowaniu klasycznych chemioterapeutyków w głębokiej paliacji.**

Czy wiesz, że:



Na 19 przeanalizowanych w raporcie nowotworów, tylko w jednym polski pacjent może mieć pewność, że jego leczenie będzie zgodne z aktualną wiedzą medyczną. Oznacza to, że tylko w przypadku tego jednego nowotworu polscy onkolodzy dysponują pełnym arsenałem leków określonym w międzynarodowych standardach leczenia.



W przypadku 18 pozostałych przeanalizowanych nowotworów polski pacjent musi się liczyć z tym, że w publicznej służbie zdrowia nie będzie leczony w sposób optymalny - aż 70% leków zalecanych przez aktualną wiedzę medyczną jest w Polsce niedostępnych lub jest dostępnych z ograniczeniami.



Polska w ratowaniu zdrowia i życia swoich obywateli nie korzysta z osiągnięć współczesnej nauki i medycyny - ponad połowa leków onkologicznych, zarejestrowanych w ciągu ostatnich 12 lat w Europie, w ogóle nie jest dostępna dla polskich pacjentów.



Skuteczność leczenia (oraz zapobiegania) chorób nowotworowych w Polsce jest jedną z najniższych w Europie - statystycznie po 5 latach od diagnozy z grupy 160 tys. chorych przeżyje zaledwie ok. 66 tys. osób (ok. 41%), choć w innych krajach z lepszą organizacją opieki zdrowotnej uratowano by 96 tys. ludzi (ok. 60%). Różnica to ok. 30 tys. osób rocznie (to tyle co populacja Augustowa) czyli 82 osoby dziennie (pojemność średniej wielkości samolotu pasażerskiego).



Coraz więcej Polaków choruje na raka - co roku przybywa ok. 160 tys. nowych chorych, a w ciągu ostatnich 15 lat roczna zachorowalność wzrosła o 42% - eksperci mówią o "tsunami onkologicznym". Czy jesteśmy na nie przygotowani?



Co można zrobić?

Propozycje zmian

Nowelizacja ustawy refundacyjnej
(prosimy o uwzględnienie propozycji
poprawek)

Stworzenie dokumentu strategicznego
polityka lekowa państwa
(prosimy o uwzględnienie propozycji)

Propozycje dla AOTMiT

Perspektywa długoterminowa



Dokument strategiczny „Polityka lekowa państwa” - propozycja celów oraz kryteriów ich osiągnięcia

Dokument „Polityka lekowa państwa”

Kryteria formalne

Kryteria określenia
dostępności
farmakoterapii
onkologicznej
(jako załącznik)

Otoczenie legislacyjne

Otoczenie finansowe

Kryteria formalne

Zakres	Propozycja realizacji
Wskazanie założeń, zasad oraz wartości do realizacji w ramach polityki lekowej	Określenie podstawowych wartości oraz założeń dla polityki lekowej państwa (na przykładzie dokumentu z 2003 r.), jak również zasad istotnych dla priorytetyzacji realizowanych zadań
Zależność od innych zadań realizowanych w ramach polityki zdrowotnej	Wskazanie innych działań z zakresu realizacji polityki zdrowotnej państwa o potencjalnie istotnym znaczeniu dla realizacji zadań z zakresu polityki lekowej (np. koszyk świadczeń gwarantowanych, rejestry medyczne, badania naukowe etc.)
Określenie mierzalnych celów oraz wskaźników ich realizacji	Wskazanie celów w perspektywie jedno-, dwu-, trzy-, oraz czteroletniej oraz określenie wskaźników ich realizacji w ramach dokumentu - w odniesieniu do celów dostępności bezpiecznej i skutecznej farmakoterapii oraz otoczenia legislacyjnego
Funkcja kontrolna Parlamentu nad rządem	Sprawozdania z wykonania zadań z zakresu polityki lekowej państwa - do rozpatrzenia przez sejmową Komisję Zdrowia oraz sejmową Komisję Gospodarki

Otoczenie legislacyjne

Implementacja regulacji/dyrektyw europejskich, np.:

badania kliniczne

centralizacja HTA

inne regulacje

RDTL - ew. zmiany po ewaluacji

Prowadzenie analiz HTA

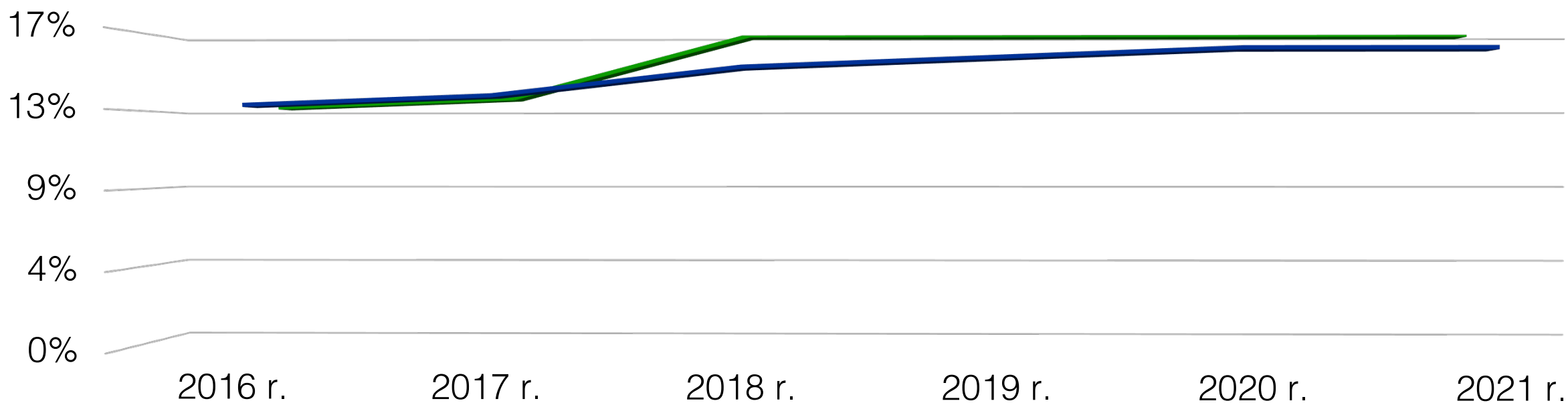
Otoczenie podatkowe

Nowelizacja ustawy refundacyjnej

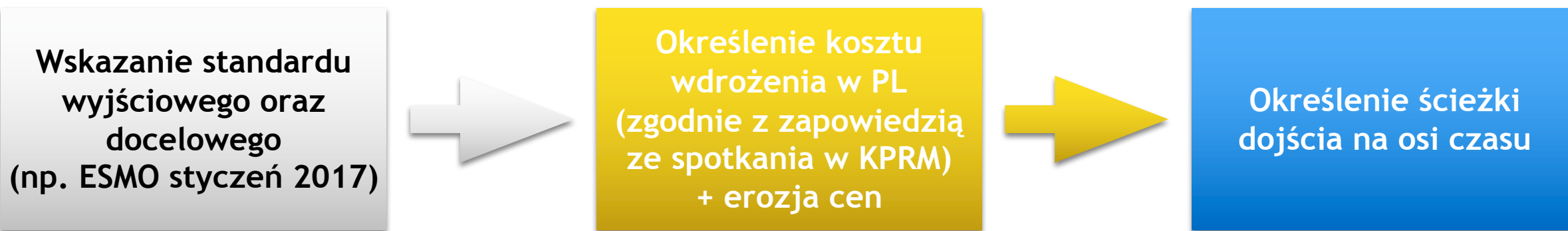
Otoczenie finansowe - wieloletnia perspektywa

■ Min wydatki na CBR

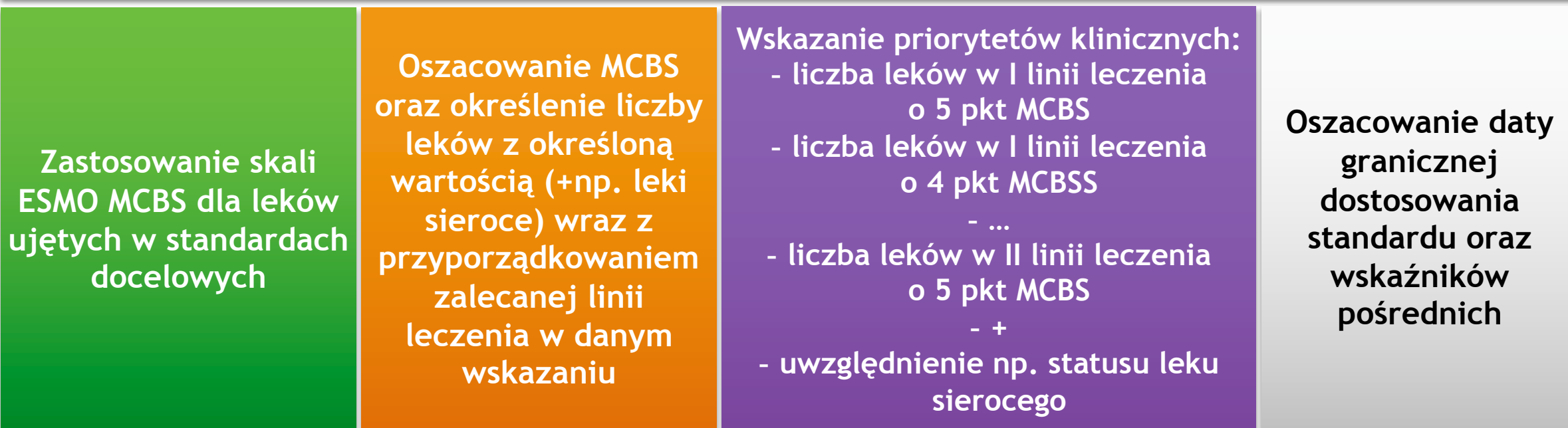
■ Max wydatki na CBR



Kryteria określenia dostępności farmakoterapii onkologicznej



Określenie ścieżki dojścia na osi czasu



Perspektywa średnioterminowa



10 postulatów pacjentów onkologicznych do systemu refundacyjnego

Spotkania w Ministerstwie Zdrowia

22.11.2016

09.06.2017

16.10.2017



Postulat I – publikacja informacji o toczących się postępowaniach

Obecnie źródła informacji o toczących się postępowaniach refundacyjnych są niepełne oraz rozproszone. Ze względu na konieczność zapewnienia przejrzystości postępowań oraz umożliwienie pacjentom łatwego pozyskania informacji o toczących się pracach, zasadnym wydaje się wprowadzenie bazy postępowań administracyjnych, obejmujących m.in. następujące informacje: nazwa cząsteczki, wskazanie, data złożenia wniosku, etap oraz status prac oraz inne istotne dla postępowania informacje.

Postulat spełniony

Art. 36a.

1. Minister właściwy do spraw zdrowia publikuje na stronie Biuletynu Informacji Publicznej urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia oraz na stronie internetowej tego urzędu informację o złożonych wnioskach, o których mowa w art. 24 ust. 1, oraz etapie ich rozpatrywania, z uwzględnieniem nazwy leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego, wnioskodawcy, wnioskowanej kategorii dostępności refundacyjnej i wnioskowanego wskazania, a w przypadku leków lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, które mają być refundowane w ramach programu lekowego – warunki ich stosowania.
2. Jeżeli do opublikowanych informacji, o których mowa w ust. 1, konsultanci z danej dziedziny medycyny, stowarzyszenia lub fundacje, których cele statutowe są związane z przedmiotem wniosku, zgłoszą uwagi, również podlegają one publikacji na stronie urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia.

Obietnica niespełniona w ramach prac nad RDTL

Pole do poprawy - publikacja informacji o opiniach AOTMiT dla wniosków o ratunkowy dostęp do technologii lekowych



Postulat II – kryterium efektywności kosztowej

Dotychczasowe regulacje zawarte w ustawie refundacyjnej określają próg efektywności kosztowej dla leków refundowanych jako trzykrotność dochodu narodowego brutto *per capita*. Wspomniane kryterium jest stosowane zarówno przy ocenie chorób powszechnych, jak i rzadkich lub ultrarzadkich. W naszej opinii takie rozwiązania wpływają negatywnie na sytuację chorych zmagających się z rzadkimi chorobami nowotworowymi poprzez ograniczenie szans na objęcie tych leków finansowaniem przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Jest to szczególnie istotne również ze względu na dostrzegany rozwój onkologicznych leków sierocych, stanowiących jedyną opcję terapeutyczną dla wielu grup pacjentów.

Postulat spełniony w części

Art. 2. ust. 27a

wskazanie ultrarzadkie – stan kliniczny występujący nie częściej niż u jednej osoby na 50 000;

Art. 24 ust. 2 pkt 6

uzasadnienie ceny – w przypadku leku stosowanego we wskazaniu ultraradkim, jeżeli nie ma on refundowanego odpowiednika w danym wskazaniu;

Proponowane rozwiązanie:

dodanie ust. 27b w brzmieniu: „wskazanie rzadkie – stan kliniczny występujący nie częściej niż u jednej osoby na 10 000”

zmiana art. 24 ust. 2 pkt 6 w brzmieniu: „uzasadnienie ceny – w przypadku leku stosowanego we wskazaniu rzadkim lub ultraradkim, jeżeli nie ma on refundowanego odpowiednika w danym wskazaniu.

Obietnica złożona w listopadzie 2016 r.

Zapowiedź podniesienia progu efektywności kosztowej dla terapii ostatniego rzutu



Postulat III – wdrożenie rejestrów farmakoterapii onkologicznej

Leczenie onkologiczne powinno odbywać się lub być koordynowane przez ośrodki referencyjne, charakteryzujących się wysoką specjalizacją oraz doświadczeniem organizacji. W Polsce dotychczas nie wdrożono systemu informatycznego, który pozwoliłby na monitorowanie wskaźników jakościowych, np. bezpieczeństwa i skuteczności zabiegów operacyjnych, jakości oraz szybkości procesu diagnostycznego, informacji dot. 1-rocznych, 2-letnich, 3-letnich, 4-letnich oraz 5-letnich przeżyć u pacjentów onkologicznych. W naszej opinii dane te powinny nie tylko być zbierane i agregowane (np. z wykorzystaniem Krajowego Rejestru Nowotworów), lecz również brane pod uwagę przy kontraktowaniu ośrodków szpitalnych. Ponadto, wszelkie informacje dotyczące efektywności oraz bezpieczeństwa leczenia powinny być dostępne publicznie poprzez strony internetowe resortu zdrowia oraz płatnika.

Postulat niespełniony

Proponowane rozwiązanie:

Poparcie dla dokumentu „Koncepcja tworzenia i utrzymania rejestrów klinicznych w dziedzinie onkologii”, przygotowanej na użytek Krajowej Rady ds. Onkologii”. W przypadku finansowania ze środków Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych - decyzja, zgodnie z procedurą, do podjęcia przez Ministra Zdrowia po uchwaleniu ustawy budżetowej na 2018 r.



Postulat IV – zwiększenie dostępności off-label

Wielu pacjentów onkologicznych każdego roku rozpoczyna walkę z rakiem nietypowo umiejscowionym lub charakteryzującym się innymi właściwościami skutkującymi brakiem możliwości skorzystania ze standardowego leczenia. Co więcej, ze względu na niewielką liczebność grup chorych brakuje wyników badań naukowych świadczących o skuteczności danego leku dla tej grupy pacjentów. Z tego samego powodu ograniczeniu ulegają szanse na opracowanie nowych terapii dla tych chorych w przyszłości. Zasadnym wydaje się wprowadzenie możliwości leczenia takich grup chorych na podstawie decyzji lekarza przy zachowaniu dwóch warunków: sprawnego zakończenia procedury finansowania takiego leczenia (np. w przeciągu 7 dni) oraz prowadzenia ogólnodostępnego rejestru medycznego, pozwalającego monitorować efekty terapii, z którego mógłby korzystać płatnik oraz lekarz rozważający zastosowanie takiego leczenia.

Postulat spełniony w części

Projekt nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych „Ratunkowy dostęp do technologii medycznych” - **dotychczas brak pozytywnego rozstrzygnięcia dla jakiegokolwiek wniosku.**

Proponowane rozwiązania:

Stopniowe przenoszenie terapii z programów lekowych do katalogu chemioterapii.

Uwzględnienie propozycji konsultanta krajowego w dziedzinie onkologii klinicznej oraz Prezesa Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej dotyczące zmian wskazań klasycznych chemioterapeutyków dostępnych w katalogu (!!!)

Powołanie Zespołu złożonego z przedstawicieli MZ, NFZ, AOTMiT, PTOK oraz konsultanta krajowego ds. okresowej oceny koniecznych zmian w ramach programów lekowych oraz katalogu chemioterapii.



Postulat V – skrócenie czasu od podjęcia decyzji do udostępnienia terapii

Obecnie wydanie pozytywnej decyzji refundacyjnej nie jest równoznaczne z faktyczną możliwością skorzystania z danej terapii. Pacjenci zmuszeni są czekać na publikację obwieszczenia refundacyjnego, zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia oraz zakończenie procedur administracyjnych związanych z dostarczeniem leków do ośrodków (większość terapii przeciwnowotworowych jest podawanych w lecznictwie zamkniętym). W przypadku onkologii czas jest niezwykle istotny. Zbyt długie oczekiwanie na lek może pogorszyć rokowanie a nawet, w skrajnym przypadku, uniemożliwić choremu skorzystanie z takiej terapii ze względu na pogorszenie stanu zdrowia lub zamknięcie tzw. "okna terapeutycznego" w okresie oczekiwania na realną dostępność terapii. Dostrzegamy potrzebę określenia terminu pomiędzy publikacją obwieszczenia refundacyjnego a faktycznym udostępnieniem terapii przez pacjenta.

Postulat niespełniony

Proponowane rozwiązanie:

Do art. 12 ust. 2 dodaje się pkt 11 w brzmieniu:

„datę graniczną wydania zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy zdrowotne (lekowe), uwzględniającego możliwość kontraktowania świadczenia ujętego w decyzji, o której mowa w art. 11

- dla leków stosowanych w ramach programów lekowych.”

Postulat VI – zwiększenie możliwości ministra zdrowia w zakresie inicjatywy procesu refundacyjnego

W obecnym stanie prawnym prawo do wszczęcia procesu refundacyjnego mają wyłącznie podmioty odpowiedzialne. Z naszych doświadczeń wynika, że pomimo istnienia niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych dla wielu terapii, których refundacja mogłaby przynieść istotne korzyści pacjentom, nie są złożone wnioski. W naszej opinii Minister Zdrowia powinien posiadać narzędzia pozwalające prowadzić politykę lekową bez zbędnych ograniczeń. Z tego względu wydaje się wartościowe wprowadzenie administracyjnej możliwości wezwania producenta do złożenia wniosku refundacyjnego z wykorzystaniem odpowiednich narzędzi motywujących do podjęcia takiego działania lub wdrożenie mechanizmów eliminujących przyczyny zaniechania do złożenia takiego wniosku (np. zwolnienie z części opłat, przeniesienie części pracy do AOTMiT). W przypadku niepowodzenia w/w działań powinna istnieć prosta i szybka w implementacji procedura zabezpieczenia pacjenta w lek na drodze realizacji zakupu poza granicami RP.

Postulat spełniony



Postulat VII – zmiana z urzędu treści programu lekowego

Wiele terapii onkologicznych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia jest dostępnych poprzez programy lekowe, określające kryteria kwalifikacji do leczenia. W przypadku kilku przypadków ograniczenia w dostępie do terapii nie odpowiadają aktualnej wiedzy medycznej – wynika to z błędnej pierwotnej konstrukcji treści programu lub z dezaktualizacji tej treści w wyniku pojawiania się nowych doniesień w literaturze medycznej. W naszej opinii Ministerstwo Zdrowia powinno dysponować narzędziami, które pozwolą wyeliminować w/w błędy poprzez możliwość wprowadzenia z urzędu zmian w treści programów lekowych. To narzędzie byłoby również cenne w przypadku zgromadzenia wiedzy naukowej, dowodzącej skuteczności danej terapii u kolejnych grup pacjentów onkologicznych. W takim przypadku resort zdrowia otrzymałby możliwość rozszerzenia grupy pacjentów otrzymujących leczenie.

Postulat spełniony w części

Proponowane rozwiązanie:

Art. 13 otrzymuje brzmienie:

1. W toku postępowania w sprawie zmiany decyzji, o którym mowa w ust. 12, minister właściwy do spraw zdrowia:
 - 1) zleca Prezesowi Agencji przygotowanie analizy weryfikacyjnej Agencji, stanowiska Rady Przejrzystości lub rekomendacji Prezesa Agencji;
 - 2) wzywa wnioskodawcę do negocjacji z Komisją Ekonomiczną;
 - 3) zasięga opinii ministra właściwego do spraw gospodarki, o której mowa w art. 12a ust. 1;
 - 4) może zasięgnąć opinii konsultanta krajowego w odpowiedniej dziedzinie medycyny,
 - 5) może zasięgnąć opinii towarzystw naukowych w odpowiedniej dziedzinie medycyny.
2. Informacje wymienione w ust. 1 są publikowane w Biuletynie Informacji Publicznej ministra właściwego do spraw zdrowia.

Postulat VIII – dostęp do leków przed rejestracją

Ze względu na prowadzenie prac nad nowymi cząsteczkami, które roszą nadzieję na istotny postęp terapeutyczny w porównaniu do obecnie istniejących opcji leczenia, istotnym wydaje się wprowadzenie możliwości wczesnego dostępu do leków w okresie poprzedzającym ich rejestrację. Wydaje się również zasadnym stworzenie mechanizmów, które pozwoliłyby podmiotom odpowiedzialnym na finansowanie takich interwencji, jak również wprowadzenie rejestru medycznego, który pozwoli śledzić skuteczność i bezpieczeństwo stosowania terapii w praktyce klinicznej, dzięki czemu resort zdrowia posiadałby wiarygodne informacje pożyteczne w przypadku podejmowania decyzji o finansowaniu tych terapii w okresie porejestacyjnym.

Postulat spełniony



Postulat IX – ratunkowy dostęp do leków

Obecnie brakuje w systemie prawnym regulacji, które służyłyby zwiększeniu liczby pacjentów korzystających z leków ratujących życie będących na etapie porejestracyjnym, ale przed podjęciem decyzji refundacyjnej. Jest to szczególnie istotne dla chorych, dla których nie istnieje żadna dostępna możliwość leczenia. Stworzenie ram prawnych, dzięki którym podmioty odpowiedzialne mogłyby finansować podjęcie takich interwencji powinno towarzyszyć wprowadzenie rejestru medycznego, który pozwoli śledzić skuteczność i bezpieczeństwo stosowania terapii w praktyce klinicznej, dzięki czemu resort zdrowia posiadałby wiarygodne informacje pożyteczne w przypadku podejmowania decyzji o finansowaniu tych terapii w późniejszym okresie.

Postulat spełniony



Postulat X – polityka lekowa państwa

W naszej opinii jedynie długoterminowa perspektywa oraz podjęcie działań o charakterze systemowym stanowi szansę na rozwiązanie problemów związanych z dostępnością leków onkologicznych w Polsce. Z radością przyjęliśmy informację o powołaniu w Ministerstwie Zdrowia zespołu, którego zadaniem jest przygotowanie dokumentu opisującego politykę lekową państwa. Mamy nadzieję, że część tego dokumentu będzie odnosić się do obszaru dostępności leków onkologicznych jako istotnego czynnika wpływającego na skuteczność systemu opieki onkologicznej. Wprowadzenie takich zapisów powinno uwzględniać krótko-, średnio- oraz długoterminowe cele oraz wskaźniki, według których byłoby możliwe mierzenie podejmowanych działań. Dokument ten oraz informacja o realizacji wskazanych w nim założeń powinny być dostępne publicznie oraz podlegać cyklicznej kontroli społecznej i parlamentarnej, dzięki czemu byłaby możliwa ewaluacja oraz wprowadzanie ew. zmian do dokumentu. Prosimy również o włączenie do prac zespołu lub pełnienie funkcji obserwatora przedstawiciela organizacji pacjentów onkologicznych.

Postulat niespełniony

Proponowane rozwiązanie w kolejnej części prezentacji



Sprawy interwencyjne

Analiza proponowanych zmian zrodziła również wiele pytań dotyczących niektórych zapisów prawa. W szczególności pragniemy zwrócić uwagę na:

- **niepewność dotyczącą finansowania wyrobów medycznych dla pacjentów onkologicznych, ze szczególnym uwzględnieniem sprzętu stomijnego oraz wyrobów stosowanych po zakończeniu leczenia np. pacjentek z rakiem piersi;**
- **pozostawienie bez rozstrzygnięcia sprawy związanej z podaniem leku nierefundowanego przez ośrodek posiadający kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia;**
- **możliwość powołania zespołu koordynacyjnego w programach lekowych – w naszej opinii działalność takiego zespołu powinna być przejrzysta oraz obejmować kwalifikację do leczenia pacjentów niespełniających łącznie wszystkich kryteriów wskazanych w opisie programu lekowego; ponadto członkami zespołu powinni być osoby wskazane przez konsultanta krajowego w danej dziedzinie medycyny oraz towarzystw naukowych;**

Uważamy, że pozostawienie tych problemów bez odpowiedzi pogorszy obecną sytuację pacjentów onkologicznych oraz przyczyni się do dalszego zmniejszania przejrzystości systemu ochrony zdrowia.



Podsumowanie

Postulat	Status
Postulat I	Postulat spełniony
Postulat II	Postulat spełniony w części
Postulat III	Postulat niespełniony
Postulat IV	Postulat spełniony w części
Postulat V	Postulat niespełniony
Postulat VI	Postulat spełniony
Postulat VII	Postulat spełniony w części
Postulat VIII	Postulat spełniony
Postulat IX	Postulat spełniony
Postulat X	Postulat niespełniony
Łącznie	Spełnione: 4 W części: 3 Niespełnione: 3

Propozycje zmian w funkcjonowaniu AOTMiT

Wprowadzenie do rekomendacji Prezesa AOTMiT krótkiej informacji dotyczącej analizy klinicznej leku z wykorzystaniem możliwie niemedycznej terminologii

Warsztaty z zakresu HTA dla przedstawicieli organizacji pacjenckich

Wprowadzenie algorytmu oceny technologii lekowych oraz publikacja wyników tej oceny w stanowisku Rady Przejrzystości oraz rekomendacji Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

Perspektywa krótkoterminowa



Aktualne wyzwania

Dostępność terapii dla pacjentów z:

- HER-2 dodatnim oraz HER-2 ujemny zaawansowanym rakiem piersi;
- zaawansowanym rakiem płuca;
- opornym chłoniakiem Hodgkina;
- chłoniakiem grudkowym;
- zaawansowanym rakiem gruczołu krokowego, opornym na kastrację;
- zaawansowanym rakiem nerki;
- zaawansowanym nawrotowym rakiem szyjki macicy opornym na chemioterapię.

Naszym celem jest wypracowanie takiego modelu komunikacji, który pozwoli nam uzyskiwać pewną informację w możliwie sprawy sposób - obecnie ograniczona ilość informacji rodzi po naszej stronie niepewność.

Dziękujemy za uwagę

