



Rekomendacja nr 173/2014

z dnia 7 lipca 2014 r.

Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych

w sprawie usunięcia świadczenia gwarantowanego obejmującego podanie paklitakselu we wskazaniu określonym kodem ICD-10: C15, rozumianego, jako wchodzącego w skład programu chemioterapii niestandardowej

Prezes Agencji rekomenduje usunięcie z wykazu świadczeń gwarantowanych, realizowanych w ramach programu chemioterapii niestandardowej świadczenia gwarantowanego obejmującego podanie paklitakselu we wskazaniu określonym kodem ICD-10: C15 (nowotwór złośliwy przełyku), realizowanego w ramach „Programu leczenia w ramach świadczenia chemioterapii niestandardowej”.

Uzasadnienie rekomendacji

Prezes Agencji, przychylając się do stanowiska Rady Przejrzystości uważa za nie zasadne finansowanie świadczenia obejmującego podanie paklitakselu we wskazaniu określonym kodem ICD-10: C15 (nowotwór złośliwy przełyku), realizowanego w ramach „Programu leczenia w ramach świadczenia chemioterapii niestandardowej”.

Odnalezione badania kliniczne potwierdzające użyteczność paklitakselu w raku przełyku są niskiej jakości. Stosowane w Polsce schematy wielolekowe leczenia raka przełyku nie zawierają paklitakselu. W opinii eksperta finansowanie paklitakselu w rozpatrywanym wskazaniu jest niezasadne.

W rekomendacji Prezesa AOTM nr 169/2013 z dnia 2 grudnia zgodnie z opinią eksperta wydano pozytywną opinię dla stosowania paklitakselu w rozpoznaniu zakwalifikowanym do kodu ICD-10: C15.1 (nowotwór złośliwy piersiowej części przełyku) w ramach radiochemioterapii przedoperacyjnej w skojarzeniu z karboplatyną.

Przedmiot wniosku

Wniosek dotyczy usunięcia świadczenia opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych, realizowanych w ramach programu chemioterapii niestandardowej obejmującego podanie paklitakselu w rozpoznaniu zakwalifikowanym do kodu: C15 w ramach programu chemioterapii niestandardowej, na podstawie art. 31e ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.



Problem zdrowotny

Rozwój raka przełyku jest wieloetapowy. Pierwszym stadium jest wystąpienie hiperplazji komórek nabłonka, następnie dysplazji aż do wczesnego raka. Proces jest spowodowany zaburzeniami kontroli proliferacji i różnicowania, a także apoptozy komórkowej (zaburzenia funkcji białek kodowanych przez geny supresorowe i onkogeny). Wczesne stadia raka przełyku przebiegają bezobjawowo i najczęściej są przypadkowo wykrywane w trakcie badań endoskopowych.

Do czynników ryzyka zaliczamy: palenie papierosów, alkohol, częste spożywanie bardzo gorących napojów, otyłość, niski status społeczny, refluks żołądkowo – przełykowy, rak głowy i szyi w wywiadzie, stan po radioterapii śródpiersia, achlazia, oparzenia substancjami żrącymi, zespół Plummera i Vinsona.

Podstawą rozpoznania raka przełyku jest wynik badania histologicznego wycinków pobranych w czasie endoskopii lub materiału komórkowego uzyskanego z ognisk przerzutowych.

Rak płaskonabłonkowy to najczęściej występujący typ histologiczny raka przełyku, zwykle umiejscowiony w środkowej części narządu.

Gruczolakorak przełyku, którego częstość występowania rośnie, na ogół dotyczy dystalnej części i rozwija się z metaplastycznego nabłonka gruczołowego (tzw. przełyku Barretta). U chorych z przerzutowym gruczolakorakiem połączenia przełykowo-żołądkowego należy dodatkowo ocenić ekspresję HER2, o ile możliwe jest leczenie trastuzumabem.

Raki neuroendokrynne (w tym rak drobnokomórkowy), mięsak gładkokomórkowy i chłoniaki w przełyku występują bardzo rzadko.

Leczenie zależy od stopnia zaawansowania choroby. Skojarzone leczenie operacyjne z chemioterapią i radioterapią stosuje się u pacjentów z uleczalną chorobą podstawową bez dodatkowych obciążeń. Chorzy w gorszym stanie ogólnym kwalifikowani są do izolowanej resekcji przełyku, związanej z dużą śmiertelnością. Leczenie radykalne ma zastosowanie u chorych z rakiem bez przerzutów. Stosuje się różne metody radykalnej resekcji raka: od ablacji błony śluzowej we wczesnym stadium raka do resekcji przełyku. Inną standardową metodą leczenia jest radiochemioterapia neoadjuwantowa, stosowana przed operacją, lub sama radiochemioterapia u chorych, którzy nie kwalifikują się do leczenia operacyjnego. Stosuje się 5-fluorouracyl i cisplatynę oraz napromienianie. Operację przeprowadza się 4-8 tygodni po leczeniu neoadjuwantowym. Wybór metody zależy od zaawansowania choroby

Opis wnioskowanego świadczenia

Paklitaksel jest lekiem należącym do grupy taksanów. Wykazuje działanie antagonistyczne wobec mikrotubul, sprzyja powstawaniu mikrotubul tubuliny i stabilizuje mikrotubule poprzez zapobieganie depolimeryzacji. Stabilizacja powoduje zahamowanie prawidłowej, dynamicznej reorganizacji siatki mikrotubul, która jest niezbędna dla podstawowych czynności komórek związanych z interfazą podziałem mitotycznym. Paklitaksel dodatkowo powoduje powstawanie nieprawidłowych agregatów lub pęczków mikrotubul w trakcie cyklu komórkowego oraz wielu gwiazd mikrotubularnych w trakcie mitozy.

Paklitaksel jest zarejestrowany i refundowany we wskazaniach:

- rak jajnika – jako chemioterapia I rzutu po laparotomii, w leczeniu II rzutu po niepowodzeniu leczenia schematami z platyną;
- rak piersi – w ramach leczenia adjuwantowego po terapii antracykliną i cyklofosfamidem;
- zaawansowany niedrobnokomórkowy rak płuca – leczenie w skojarzeniu z cisplatyną u pacjentów nie kwalifikujących się do zabiegu chirurgicznego i/lub radioterapii;
- mięsaki Kaposiego w przebiegu AIDS – stosowanie po nieskutecznym leczeniu antracykliną liposomalną.

Alternatywna technologia medyczna

Zgodnie z uzyskana opinią eksperta, komparatorami są: cisplatyna, fluorouracyl, epirubicyna, docetaksel. Wymienione leki stosowane są najczęściej w ramach wielolekowych schematów.

Skuteczność kliniczna

W wyniku przeglądu systematycznego nie odnaleziono wysokiej jakości badań dotyczących rozpatrywanego wskazania. Odnaleziono 4 badania dotyczące leczenia raka przełyku, wśród których 2 badania są badaniami jednoramiennymi, 2 badania dotyczą stosowania paklitakselu w ramach schematu leczenia z innymi chemioterapeutykami.

W badaniu Van Hagen 2012 (badanie kliniczne z randomizacją) stosowano paklitaksel w schemacie wraz z karboplatiną, radioterpią i leczeniem chirurgicznym (CH) u pacjentów z wykrytym rakiem przełyku. Wyniki porównywano do wyników grupy pacjentów, którzy w ramach leczenia poddani zostali jedynie leczeniu chirurgicznemu (C).

Średni czas obserwacji dla pacjentów, którzy przeżyli wynosi 45,4 miesiąca (zakres 25,5 do 80,9). Spośród 61 pacjentów z grupy CH którzy zmarli po zakończeniu leczenia 52 (85%) zmarło w wyniku nawrotu raka, 9 (15%) z innych przyczyn (2 – sepsa, 2 – niewydolność serca, 2 - niewydolność oddechowa, 1 – niewydolność nerek, 1 – drugi guz pierwotny, 1 - po operacji trwałej przetoki przełyku). Spośród 83 pacjentów grupy C 78 (94%) zmarło po zakończeniu okresu obserwacji 78 (94%) w wyniku nawrotu raka, 4 (5%) z innych przyczyn (2 – niewydolność serca, 1 – niewydolność oddechowa, 1 – zdarzenie zakrzepowo żylne), 1 osoba zmarła z nieznanego przyczyny (P=0,14).

Średnie przeżycie wolne od choroby dla grupy CH nie zostało osiągnięte, dla grupy C wyniosła 24,2 miesiące (HR 0,498, 95% CI: 0,357 do 0,693, p <0,001). Analiza zgodna z zaplanowanym leczeniem wykazała, że średni całkowity czas przeżycia pacjentów wynosi 49,4 miesiąca w grupie CH, w porównaniu do 24 miesięcy w grupie C (P=0,003 log-rank test ; hazard ratio, 0.657; 95% CI, 0.495 do 0.871).

Ogólny wskaźnik przeżycia po 1, 2, 3, 5 lat wynosił odpowiednio 82%, 67%, 58% i 47% w grupie CH, w porównaniu do 70%, 50%, 44% i 34% w grupie C.

Badanie wskazało na skuteczność leczenia chemioterapeutycznego wraz z leczeniem chirurgicznym. Przeżycie ogólne a także średnie przeżycie wolne od choroby w grupie CH jest dłuższe niż w grupie C. Leczenie CH wiąże się z niską częstotliwością występowania poważnych efektów toksycznych. Leczenie przedoperacyjne za pomocą radiochemioterapii skutkuje 34% mniejszym ryzykiem zgonu w trakcie 5 letniego okresu obserwacji (HR 0,657).

Radioterapia z równoczesną chemioterapią karboplatiną i paklitakselem jest bezpieczna i prowadzi do znaczącego wzrostu przeżycia u chorych na raka przełyku.

Celem badania Ilson 2007 była ocena skuteczności podawania paklitakselu w zaawansowanym raku przełyku.

Pacjenci z rozpoznany zaawansowanym rakiem przełyku (n=102) byli leczeni paklitakselem w dawce 80 mg/m² co tydzień w 1-godzinym wlewie. Jeden cykl leczenia trwał 4 tygodnie. Dziewięćdziesięciu pięciu pacjentów miało ocenianą toksyczność, 86 pacjentów, którzy ukończyli co najmniej dwa cykle terapii oceniano pod kątem oszacowania odpowiedzi na leczenie. Gruczolakoraka miało 66 pacjentów (66%), 65 pacjentów (68%) nie miał uprzednio podawanej chemioterapii.

Mediana wyniosła 3 cykle (zakres 1-11). Częściowe odpowiedzi (PRS) zaobserwowano u 11 pacjentów [13%, 95% przedział ufności (CI) 6% do 20%]. U pacjentów bez chemioterapii PRS zaobserwowano u 10 pacjentów (15%, 95% CI: 6% do 24%), o podobnej reakcji gruczolakoraka (8/50, 16%) i raka płaskokomórkowego (2/15, 13%). Ograniczona odpowiedź została zaobserwowana u pacjentów przed chemioterapią (1/21, 5%). Mediana czasu trwania odpowiedzi wyniosła 172 dni. Mediana przeżycia wyniosła 274 dni. Leczenie było dobrze tolerowane z minimalną ilością zdarzeń hematologicznych lub toksyczności stopnia 3 lub 4.

Tygodniowe podawanie paklitakselu (co tydzień przez 4 tygodnie = 1 cykl), ma ograniczoną przydatność w leczeniu raka przełyku. Mediana przeżycia, słaba aktywność i tolerancja leczenia wskazują, że podawany schemat paklitakselu może być opcją u pacjentów nie tolerujących schematów chemioterapii.

Celem badania Ajani 2008 była ocena skuteczności leczenia raka nieoperacyjnego w obrębie przełyku.

Głównym punktem końcowym było osiągnięcie 77,5% w 1-letnim okresie przeżycia (wyższy wynik w stosunku do 66% Radiation Therapy Oncology Group (RTOG) protocol 9405). Pacjenci z nieoperacyjnym rakiem w obrębie przełyku losowo byli przydzielani do 2 grup:

- otrzymującej do indukcji fluorouracyl, cisplatynę i paklitaksel, a następnie fluorouracyl z paklitakselem z 50,4 Gy promieniowania (ramię A) [fluorouracyl 700 mg/m²/24, od 1 do 5 dnia , cisplatyna 15 mg/m² w dniach 1 do 5, i paklitaksel 200 mg/m² jako 24-godzinnym wlewie dnia 1. Podczas promieniowania pacjenci otrzymywali fluorouracyl 300 mg/m² w ciągłej infuzji przez 96 godzin (od poniedziałku rano, a kończąc w piątek podczas każdego z 5 tygodni radioterapii) i paklitaksel 50 mg/m² w ciągu 3 godzin w poniedziałki, gdy przeprowadzano radioterpię];

- indukcji paklitakselem z cisplatyną, następnie ten sam schemat chemioterapii z 50,4 Gy promieniowania (ramię B). [175 paklitaksel mg/m² przez 3 godziny, następnie cisplatyna 75 mg/m² w 1. dniu. Podczas promieniowania pacjenci przyjmowali cisplatynę 30 mg/m² w dniach 1, 8, 15, 22, 29, i 36 i paklitaksel 60 mg/m² w postaci ciągłego wlewu ponad 96 godzin w dniach 1, 8, 15, 22, 29, i 36].

Po zakończeniu leczenia pacjenci przechodzili kontrole co 4 miesiące w 1 roku, przez pozostałe dwa lata obserwacji dokonywano co 6 miesięcy i w późniejszym czasie raz w roku. Oceniano także bezpieczeństwo i przeżycie.

Łącznie 84 pacjentów zostało losowo przydzielonych (ramię A, n=41; ramię B, n=43). Średnia czasu przeżycia wynosiła 28,7 miesiące dla pacjentów w ramieniu A i 14,9 miesiące dla pacjentów co nie spełnia wytyczonego progu 77,5%. Dwuletnie przeżycie wynosiło 56% w ramieniu A i 37% dla ramienia B.

Często obserwowane zdarzenia niepożądane stopnia 3 (ramię A 54%, ramię B 43%) i 4 (ramię A 27%, ramię B 40%) toksyczności. Zgon związany z leczeniem wystąpił u 3% pacjentów w ramieniu A i 6% w ramieniu B.

Obie grupy badane charakteryzowały się wysoką zachorowalnością. W badaniu nie osiągnięto założonego progu 1-letniego przeżycia, jako punktu końcowego.

W ciągu 1 roku, 76 % pacjentów w ramieniu A (terapii opartej na fluorouracylu) i 69 % pacjentów w ramieniu B (nie fluorouracyl) przeżyło. W 2 roku obserwacji przeżyło 56 % pacjentów w ramieniu A i 37 % chorych w ramieniu B. Średni czas przeżycia pacjentów wynosił 29 miesięcy (95% CI: od 18 miesięcy) w ramieniu A i 15 miesięcy (95% CI: 12 do 26 miesięcy) w ramieniu B. Średnia czasu przeżycia historyczne arm12 (50,4 Gy z fluorouracyl z cisplatyną w RTOG 9405) wynosił 19 miesięcy (95% CI: od 15 do 25 miesięcy). Ani w przypadku grupy A (P 0,103), ani grupy B (P 0,165) nie wykazano statystycznie istotnej poprawy przeżycia całkowitego w stosunku do ramienia 50,4 - Gy RTOG 9405 .

Mediana czasu obserwacji wynosi 34 miesiące dla 16 pacjentów z grupy A i 39 miesięcy dla ośmiu pacjentów żyjących w ramieniu B.

Żadna z grup nie spełniła pierwszego punktu końcowego. W obu grupach zaobserwowano niedopuszczalny wysoki poziom zachorowalności. Obecnie trwają badania nad efektem równoczesnego stosowania czynnika biologicznego w radio- i chemioterapii u pacjentów z rakiem przełyku. Dalsze badania powinny wyjaśnić molekularne i genetyczne podłoże raka przełyku w celu ulepszenia terapii indywidualnej.

Celem badania Kato 2011 jest ocena skuteczności i bezpieczeństwa w cotygodniowym podawaniu paklitakselu u pacjentów z zaawansowanym lub nawracającym rakiem przełyku. Jest to badanie II fazy, wieloośrodkowe przeprowadzone w Japonii. Średnia wieku pacjentów wyniosła 65 [47-76].

Pacjentów (n=53) z nawracającymi lub zaawansowany rakiem przełyku, którzy wcześniej otrzymali leczenie opierające się na podaniu platyny w ramach chemioterapii podano paklitaksel w dawce 100 mg/m² raz na tydzień przez 1-godzinny wlew w dniach 1, 8, 15, 22, 29 i 36 cyklu 49-dniowego. Pięćdziesiąt dwóch pacjentów oceniano pod względem skuteczności i 53 bezpieczeństwa. Większość pacjentów (52/53) miała raka płaskokomórkowego i jeden miał gruczolaka.

Mediana cykli wynosiła 2 (zakres 1-8). Całkowity odsetek odpowiedzi wynosił 44,2% (23/52, 95% CI: 30,5, 58,7%), a 4 chorych (7,7%) uzyskało pełną odpowiedź. Mediana czasu trwania odpowiedzi wyniosła 4,8 miesięcy, a mediana całkowitego czasu przeżycia wyniosła 10,4 miesięcy.

Najczęstsze zdarzenia niepożądane stopnia 3 lub 4 to neutropenia (52,8%), leukopenia (45,3%), brak łaknienia (9,4%), zmęczenia (9,4%). Zdarzenia niepożądane spowodowały przerwanie leczenia u 34,0% pacjentów i redukcji dawki w 43,4%. Nie było zgonów związanych z leczeniem.

Podawanie w schemacie cotygodniowym paklitakselu wykazało skuteczność tej terapii. Poziom toksyczność jest akceptowalna u pacjentów z zaawansowanym lub nawracającym rakiem przełyku.

Skuteczność praktyczna

Nie analizowano skuteczności praktycznej ocenianej technologii medycznej.

Bezpieczeństwo stosowania

W badaniu Van Hagen 2012 do działań niepożądanych występujących u pacjentów poddanych chemioterapii z użyciem karboplatyny i paklitakselu w leczeniu raka przełyku zaobserwowano: (liczba pacjentów, w nawiasie podano % w stosunku do wszystkich leczonych podanym schematem): jadłowstręt 51 (30%), łysienie 25 (15%), zaparcia 47 (27%), biegunka 30 (18%), perforacja przełyku 1 (1%), zapalenie przełyku 32 (19%), zmęczenie 115 (67%), nudności 91 (53%), efekty neurotoksyczne 25 (15%), wymiotów, 43 (25%), leukopenia 103 (60%), neutropenia 16 (9%), małopłytkowość 92 (54%).

W badaniu Ajani 2008 najczęstszym działaniem niepożądanym była mielotoksyczność (38% ramie A i 69% w ramieniu B), gorączka neutropeniczna u 22% w ramieniu A i 17% w ramieniu B.

Badanie Ilson 2007 dotyczy zastosowania paklitakselu w 4 tygodniowym cyklu, w którym co tydzień podawana jest nowa dawka leku w leczeniu nowotworów przełyku. Większość działań niepożądanych była 1 i 2 stopnia. Do rzadko występujących efektów toksycznych w skali 3 i 4 należały: astenia (3 pacjentów, 3%), nudności (n=2, 2%). Neurologiczna toksyczność dowolnego stopnia zaobserwowana została u 42 pacjentów (44%), głównie były to 1 (29 pacjentów, 30%) i 2 stopnia (10 pacjentów, 11%). Toksyczność neurologiczna stopnia 3. Zaobserwowana została u trzech pacjentów (3%). Toksyczność dla układu mięśniowo-szkieletowego, w tym bóle mięśni (7%) i bóle stawów (10%), była niezbyt częsta i w stopniu 1 u większości pacjentów. Toksyczność hematologiczna z 3 lub 4 stopniem neutropenii wystąpiła u pacjentów (5%). Posocznica neutropeniczna wystąpiła tylko u jednego pacjenta (1%), co doprowadziło do jedynego zgonu. Małopłytkowość wystąpiła u jednego pacjenta z małopłytkowością w stopniu 4. (1%). Działania niepożądane związane z leczeniem prowadzącym do hospitalizacji wystąpiły u 12 chorych (13%), najczęściej z powodu gorączki, zapalenia płuc lub posocznicy (5 pacjentów, 5%) lub leczenia ciężkich niedokrwistości (2 pacjentów, 2%). Inne przyczyny hospitalizacji to odwodnienie (2 pacjentów), 1 pacjent z ciężką alergią na paklitaksel, neuropatią i dusznością. Siedmiu pacjentów usunięto z badania z powodu wystąpienia poważnych zdarzeń niepożądanych (7%), najczęściej neuropatii (3 pacjentów) i alergii na paklitaksel (2 pacjentów). Jeden pacjent zmarł z powodu neutropenii z posocznicy.

Badanie Kato 2011 opisuje jako najczęstsze zdarzenia niepożądane stopnia 3 lub 4: neutropenię (52,8%), leukopenię (45,3%), brak łaknienia (9,4%), zmęczenie (9,4%). Zdarzenia niepożądane spowodowały przerwanie leczenia u 34,0% pacjentów i redukcji dawki w 43,4%. Nie było zgonów związanych z leczeniem.

Stosunek kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych

Nie odnaleziono żadnych opublikowanych analiz ekonomicznych.

Ze względu na niską jakość odnalezionych badań przeprowadzono jedynie analizę kosztów-konsekwencji na podstawie dwóch badań. Na podstawie badania Van Hagen 2012 wyliczono koszt badania jednego pacjenta na kwotę 698,10zł, co pozwala uzyskać średni czas przeżycia 49,4 miesiący (w ramach leczenia paklitakselem stosowano dodatkowo radioterapię i leczenie chirurgiczne). Na podstawie badania Kato 2011 koszt terapii jednego pacjenta wynosi 3350,88zł, co pozwala uzyskać średnią czasu przeżycia równą 10,4 miesiąca.

Nie jest możliwe wykonanie pełnej analizy ekonomicznej dla rozpatrywanej technologii medycznej.

Wpływ na budżet płatnika publicznego

Ze względu na brak danych klinicznych, umożliwiających porównanie z jakąkolwiek inną opcją medyczną w leczeniu raków przełyku odstąpiono od wykonania analizy dla paklitakselu.

Zgodnie z Obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 czerwca 2014 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 stycznia 2014 r. (DZ. URZ. Min. Zdr. 2013.52), paklitaksel jest obecnie finansowany ze środków publicznych w Polsce w ramach chemioterapii w całym zakresie zarejestrowanych wskazań i przeznaczeń oraz we wskazaniu określonym stanem klinicznym. Lek dostępny jest bezpłatnie.

Nie otrzymano danych z Narodowego Funduszu zdrowia dotyczących liczby pacjentów leczonych wnioskowaną technologią i związanych z tym kosztów leku.

Ze względu na brak danych umożliwiających określenie populacji i kosztów odstąpiono od wykonania analizy.

Omówienie rekomendacji wydawanych w innych krajach w odniesieniu do ocenianej technologii

Odnaleziono 3 rekomendacje kliniczne we wskazaniu rak przełyku: dwie rekomendacje europejskie (POU 2011, ESMO 2013) i jedna z USA (NCCN – The National Comprehensive Cancer Network 2014). Rekomendacja ESMO (European Society For Medical Oncology) zaleca stosowanie paklitakselu w obrębie schematów leczenia z innymi lekami. W rekomendacji NCCN 2014 zaleca się stosowanie paklitakselu w ramach schematów wielolekowych, jak i leczenia w ramach monoterapii. W POU (Polska Unia Onkologii) 2011 nie wymieniono paklitakselu z nazwy.

Nie odnaleziono żadnych rekomendacji refundacyjnych.

Podstawa przygotowania rekomendacji

Rekomendacja została przygotowana na podstawie zlecenia Ministra Zdrowia z dnia 8.07.2014r. (znak: MZ-PLA-460-19199-120/DJ/14), w sprawie usunięcia świadczenia gwarantowanego obejmującego podanie paklitakselu w rozpoznaniu zakwalifikowanym do kodu: C15 w ramach programu chemioterapii, rozumianego jako wchodzącego w skład programu chemioterapii niestandardowej, na podstawie art. 31e ustawy z dnia 24 sierpnia 2004 roku o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), po uzyskaniu Stanowiska Rady Przejrzystości nr 222/2014 z dnia 21 lipca 2014 r. w sprawie zasadności usunięcia świadczenia obejmującego podawanie paklitakselu w rozpoznaniu zakwalifikowanym do kodu ICD-10: C15 realizowanego w ramach „Programu leczenia w ramach świadczenia chemioterapii niestandardowej.

Piśmiennictwo:

1. Stanowisko Rady Przejrzystości nr 222/2014 z dnia 21 lipca 2014 r. w sprawie zasadności usunięcia świadczenia obejmującego podawanie paklitakselu w rozpoznaniu zakwalifikowanym do kodu ICD-10:

C15 realizowanego w ramach „Programu leczenia w ramach świadczenia chemioterapii niestandardowej

2. Raport nr: AOTM-BP-431-22/2014. Paklitaksel w rozpoznaniu zakwalifikowanym do kodu ICD-10: C15 Raport ws. usunięcia świadczenia gwarantowanego realizowanego w ramach programu chemioterapii niestandardowej