

biuletyn

Spis treści

01	Edytorial
02_03	VI Polsko-Szwajcarskie Forum Dialogu „Jak w Polsce leczymy raka? Dostępność do nowoczesnego leczenia onkologicznego” w komentarzach panelistów
04_06	Jak leczymy w Polsce raka? Bartosz Poliński, Fundacja Alivia
07_08	Dostępność innowacyjnych leków onkologicznych w Polsce na tle wybranych krajów Unii Europejskiej oraz Szwajcarii – główne wnioski z raportu Michał Majewski, EY
09_10	Dostępność leków onkologicznych - perspektywa europejska Prof. Francesco De Lorenzo, Europejska Koalicja Chorych na Raka
11_12	System refundacyjny i dostęp do leków w Szwajcarii Martina Weiss, Helsana, największa szwajcarska kasa chorych
13	Najważniejsze punkty VI Polsko-Szwajcarskiego Forum Dialogu
14_15	Działania Fundacji Alivia po konferencji Bartosz Poliński, Fundacja Alivia
16	Polsko-Szwajcarskie Forum Dialogu Zrealizowane tematy 2011-2015

Polsko-Szwajcarska Izba Gospodarcza

Al. Niepodległości 69 / 02-626 Warszawa
tel. +48 22 322 76 25 / fax +48 22 322 76 26
www.swisschamber.pl / swisschamber@swisschamber.pl

Redakcja
Barbara Sptawska, Katarzyna Kołowiecka,
Ulrich Schwendimann

Projekt i skład
Pracownia Projektowa Danuta Słomczyńska
www.ptasia30.pl

Edytorial



VI edycja Polsko-Szwajcarskiego Forum Dialogu, któremu poświęcone jest to specjalne wydanie Biuletynu, była wyjątkowa – po raz pierwszy dyskusja miała wymiar europejski. Spotkanie poświęcone było raportowi o *Dostępności innowacyjnych leków onkologicznych w Polsce na tle wybranych krajów Unii Europejskiej oraz Szwajcarii*, który został przedstawiony po raz pierwszy publiczności właśnie na Forum w dniu 23 kwietnia 2015 r.

Główne wnioski z raportu, który został przygotowany przez firmę doradczą EY na zlecenie Alivii - Fundacji Onkologicznej Osób Młodych, przedstawiamy na s. 7. Sam raport wnosi dużą wartość w dyskusję o polskiej onkologii. Przedstawia fakty, pozwala też porównać dostępność do innowacyjnych leków onkologicznych w Polsce nie tylko ze znacznie zamożniejszymi krajami, ale przede wszystkim z krajami Europy Środkowej, z którymi Polska dzieli najnowszą historię odzyskania wolności, proces nadrobiana zaległości gospodarczych i cywilizacyjnych. Można też zakładać, że przez wiele lat raport będzie punktem odniesienia i źródłem danych nie do ominięcia w dyskusji o polskiej onkologii. Ostatni porównywalny raport (wydany przez Karolinska Institutet) dotyczący leczenia onkologicznego w Europie ukazał się w 2009 i jest cytowany do dzisiaj.

„Jak w Polsce leczymy raka?” – pytanie, które było tematem Forum, dotyczy nas wszystkich. Fundacja Alivia nie powstałaby, gdyby nie osobiste doświadczenia jej założycieli. Na s. 4 prezes fundacji, Bartosz Poliński, komentuje wyniki raportu i przedstawia badania prezentujące perspektywę pacjentów i lekarzy.

Na s. 11 streszczamy wystąpienie Martiny Weiss, która jest odpowiedzialna za zakupy leków i usług medycznych w największej szwajcarskiej kasie chorych. Niewątpliwie, Szwajcaria jest nie tylko zamożnym krajem, ale inwestuje też proporcjonalnie więcej w system

ochrony zdrowia niż Polska (w 2013 r. według Banku Światowego 11,5% GDP vs. 6,7%). „Szwajcarom łatwo”, można by powiedzieć. Jednak jak pokazuje ekspertka, bez dialogu między płatnikiem, producentami leków i politykami nie da się zbudować dobrze funkcjonującego systemu.

Perspektywę europejską do dyskusji wniósł prof. Francesco De Lorenzo, Prezes Europejskiej Koalicji Chorych na Raka (relacje przedstawiamy na s. 9). Wskazywał, że wszystkie kraje mają problemy z ograniczeniami budżetowymi, ale dziwił się, że Polska jako jedyny kraj w UE zawęży wskazania do leków w stosunku do wskazań EMA (Europejska Agencja Leków).

W dyskusji panelowej wybitni polscy onkolodzy podkreślali, że wskutek zawężających kryteriów pacjenci często są wykluczani z leczenia lekami, które są teoretycznie dostępne. W związku z tym często leki nie mogą być podane tym chorym, u których by miały największą efektywność.

Z mojego punktu widzenia, laika i obywatela, muszę przyznać, że obraz wyłaniający się z dyskusji ekspertów jest przygnębiający. Brak przejrzystości w systemie refundacji, dużo niepotrzebnej i szkodliwej dla pacjenta biurokracji, m.in. w programach lekowych, brak uwzględnienia kosztów spotecznych sprawia, że lekarze nie mogą spożytkować całej swojej energii dla dobra pacjenta.

Polecam też opis działań Fundacji Alivia podjętych po konferencji (s. 14). Jest nadzieja, że Forum dzięki zaprezentowanemu raportowi o dostępności leków przyczyni się do budowy świadomości społecznej w sprawach onkologicznych. Może doczekamy się kiedyś otwartego dialogu między uczestnikami systemu? Niewątpliwie zyskałby na tym pacjent.

Ulrich Schwendimann,
Dyrektor Polsko-Szwajcarskiej
Izby Gospodarczej

„Jak w Polsce leczymy raka? Dostępność do nowoczesnego leczenia onkologicznego” w komentarzach panelistów



„Niestety odkrywamy, że pacjenci stykają się z paradoksem. Przez dziesięciolecia czekaliśmy aż nauka rozwiąże problem raka. Teraz mamy dużo nowych, skutecznych, innowacyjnych leków. Ale wielu pacjentów nie ma do nich dostępu. Nawet najbezpieczniejszy, najbardziej efektywny lek, który przybywa za późno, nie jest dla pacjenta żadną korzyścią.”

Prof. Francesco De Lorenzo
Prezes Europejskiej Koalicji Chorych na Raka

„W onkologii skuteczność leku zależy od tego, który lek zostanie zastosowany jako pierwszy. Jeśli mamy skuteczny lek, bardzo istotne jest, aby możliwie szybko udostępnić go chorym. W pierwszej lub drugiej linii leczenia, ponieważ wtedy zmaksymalizujemy efekt leczenia w ramach tych samych kosztów.”

Prof. Wiesław Jędrzejczak
Kierownik Katedry i Kliniki Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

„Po akceptacji AOTM tworzone są programy lekowe i w obrębie tych programów ustalane są tak ścisłe kryteria kwalifikowania do leczenia, że duża część pacjentów nie dostaje refundacji. Każda okazja, by pacjentowi nie dać leków jest wykorzystywana w sposób wręcz bezwzględny. Potrzebujemy dzisiaj prawnego systemu, który by w przejrzysty sposób przedstawiał decyzje, czas trwania procesu decyzyjnego i definiował, kto jest za to odpowiedzialny.”

Prof. Cezary Szczylik
Kierownik Kliniki Onkologii w Centralnym Szpitalu Klinicznym MON Wojskowego Instytutu Medycznego

„To jest pewnego rodzaju gra z opinią publiczną. Przyznamy refundację, ale celowo wyłączymy grupę największych beneficjentów, żeby w statystykach widniało, że lek jest refundowany, a tak naprawdę niewiele z tego wynika.”

Tomasz Latos
Przewodniczący Sejmowej Komisji Zdrowia

„Dlaczego jesteśmy w stanie przeprowadzić proces decyzji o refundacji znacznie szybciej niż w Polsce? Moim zdaniem są dwie przyczyny. Jedna to – proces. Mamy jasne i proste kryteria wprowadzania. Mechanizmy, które przedstawiłam, nie są zbyt skomplikowane. Druga kwestia to budżet. Większy budżet sprawia, że decyzje są szybciej i prawdopodobnie łatwiej podejmowane.”

Martina Weiss
Szefowa Działu Zakupów Leków i Usług Medycznych największej szwajcarskiej kasy chorych Helsana

„Wszystkie kraje mają problemy z równowagą i ograniczeniami budżetowymi, Polska nie jest jedyna. Ale Polska jako jedyna ma inne podejście do wskazań EMA i zawężania wskazań do leków. To niewiarygodne. Wszystkie kraje europejskie, 27 na 28, ufają decyzjom EMA, tylko Polska nie ufa. Czy naprawdę Polska ma tak dużo innych dowodów naukowych i może uczyć pozostałe kraje, że dla 18 zarejestrowanych leków, 16 powinno mieć zawężone wskazania?”

Prof. Francesco De Lorenzo
Prezes Europejskiej Koalicji Chorych na Raka

Jak leczymy w Polsce raka?

Dlaczego zdecydowaliśmy się zainicjować próbę analizy dostępu do nowoczesnego leczenia onkologicznego w Polsce jako temat VI Polsko – Szwajcarskiego Forum Dialogu? Powodów jest kilka.



Bartosz Poliński
Fundacja Alivia

Doświadczenie osobiste

Fundacja Alivia (a co za tym idzie – niniejsze wydarzenie) nie powstałaby, gdyby nie osobiste doświadczenia obecnej wiceprezes fundacji, Agaty Polińskiej. W roku 2007, w wieku 28 lat, zdiagnozowano u niej lokalnie zaawansowanego, inwazyjnego raka piersi. Ze względu na złe rokowania (stadium zaawansowania choroby IIIC, wznowa lokoregionalna po niecałych dwóch latach od początkowej diagnozy) konieczne było wdrożenie agresywnego leczenia bazującego na najnowocześniejszych osiągnięciach wiedzy medycznej. Problem z uzyskaniem takiego leczenia był źródłem naszej ogromnej frustracji oraz niewyobrażalnego stresu. Finalnie, wielkim nakładem własnej pracy i prywatnych środków finansowych (sięgających setek tysięcy złotych) terapia została przeprowadzona zgodnie ze światowymi standardami, ale niestety w dużej mierze było to zasługa życzliwości zagranicznych ośrodków medycznych z Wielkiej Brytanii, Włoch i Stanów Zjednoczonych. Wszystkie podjęte wówczas działania doprowadziły do uratowania życia Agaty, ale coś zostało utracone bezpowrotnie i na zawsze. Było to zaufanie do instytucji Państwa Polskiego oraz gwarantowanego przez nie konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia i życia.

Potrzeby polskich pacjentów onkologicznych oraz podopiecznych Fundacji Alivia

Nasze osobiste doświadczenia z lat 2007-2009 (opisane powyżej) doprowadziły w roku 2010 do powstania Alivii – Fundacji Onkologicznej Osób Młodych. Fundacja od samego początku stara się rozwiązywać problemy, z którymi zetknęliśmy się sami – pomaga chorym odnaleźć się w „systemie” (Program „Czerwona Skrzynka”), dostarcza wiedzę i informacje o najnowszych osiągnięciach onkologii na świecie (Program „Onco News”) oraz angażuje pacjentów w prowadzenie publicznego audytu ośrodków onkologicznych (portal www.onkomapa.pl) i monitorowanie długości kolejek do diagnostyki obrazowej (portal www.kolejkoskop.pl). Jednak jednym z najważniejszych, prowadzonych przez fundację działań jest Program Skarbonka, który umożliwia zbiórkę środków finansowych na rzecz osób chorych na raka.

Potrzeby finansowe pacjentów wynikają w dużej mierze z ograniczonego dostępu do refundowanych terapii onkologicznych. Historia każdego z podopiecznych fundacji jest wstrząsająca i dramatyczna. Są to najczęściej osoby młode, matki i ojcowie małych dzieci, osoby wkraczające dopiero w dorosłe życie. Wszystkich łączy to, że znalazły się w sytuacji, w której zmuszeni są prosić o pomoc społeczeństwo. Co budujące, zwykli ludzie odpowiadają na te prośby i są w stanie realnie pomóc chorym. Tylko w roku 2014 Fundacja Alivia przekazała swoim podopiecznym blisko 1 000 000 PLN, co umożliwiło sfinansowanie kosztów, m.in. nierefundowanych leków, diagnostyki

oraz rehabilitacji. Podopieczni naszej fundacji nie są odosobnieni, w Internecie błagalne prośby o pomoc w walce z chorobą stały się już codziennością.

Kontekst: w Polsce co roku umiera 30 tysięcy osób, które można by było uratować

W naszym kraju odnotowuje się ok. 150 tys. nowych zachorowań na raka rocznie – na 100 pacjentów w Polsce przeżyje średnio zaledwie 46, co plasuje nasz kraj na jednej z ostatnich pozycji w Europie. Dystans dzielący nas od liderów jest ogromny. Kraje te osiągają wskaźniki pomiędzy 60 a 70% przeżyć. Po 5 latach statystycznie z grupy 150 tys. chorych przeżyje w Polsce niespełna 70 tys. osób, choć współczesna wiedza medyczna pozwala uratować co najmniej 100 tys. Różnica to ok. 30 tys. osób rocznie. Oznacza to, że co roku umiera (choć nie musi!) tylu ludzi ilu liczy populacja niewielkiego miasta.

Problem leczenia onkologicznego jest oczywiście wielopłaszczyznowy. Nadrzędnym celem w perspektywie całego systemu powinno być poprawienie przeżywalności chorych na raka, tak by w Polsce, jak w innych krajach, większość chorych wracała do zdrowia i by przez błędy w systemie nie marnować szans na wyleczenie ludzi. Żeby tego dokonać, potrzebna jest kompleksowa strategia walki z rakiem, obejmująca działania na wielu poziomach: od edukacji, przez lepszą profilaktykę, diagnostykę, większą dostępność specjalistów (krótsze kolejki, więcej czasu na pacjenta, itd.), po lepsze leczenie i dostęp do farmakoterapii (w tym innowacyjnych leków).

Przygotowując się do Forum zadaliśmy sobie pytanie – czy problem z dostępem do innowacyjnych leków jest odczuwany tylko przez poszczególnych pacjentów? Czy jest odczuwany powszechnie? I wreszcie, czy dostrzegają go również środowiska medyczne? Aby znaleźć odpowiedzi na te pytania Fundacja Onkologiczna Osób Młodych Alivia zleciła TNS Polska przeprowadzenie badania wśród pacjentów i lekarzy onkologów. Zwróciliśmy się także do firmy EY Polska z prośbą o przygotowanie obiektywnego raportu, który przedstawiłby diagnozę dostępu do innowacyjnych leków w Polsce.

Perspektywa pacjenta

Badanie przeprowadzono w ramach projektu „Onkomapa – przewodnik po przyjaznych ośrodkach onkologicznych”. W ramach ankiety poprosiliśmy pacjentów o ocenę stosowanej terapii. Respondenci udzielali odpowiedzi w skali pięciostopniowej, od oceny „bardzo źle” do oceny „bardzo dobrze”. Z badania wynika, że znakomita większość ankietowanych uważa, że terapie onkologiczne stosowane w publicznych placówkach są optymalne (najlepsze z możliwych do wdrożenia zgodnie z aktualną wiedzą medyczną).

- Blisko 90% pacjentów chorych na raka oceniło sposób leczenia jako dobry lub bardzo dobry

Sposób leczenia (czy Pan/i ma poczucie, że pacjent jest leczony w najlepszy możliwy sposób)? (N=5549)

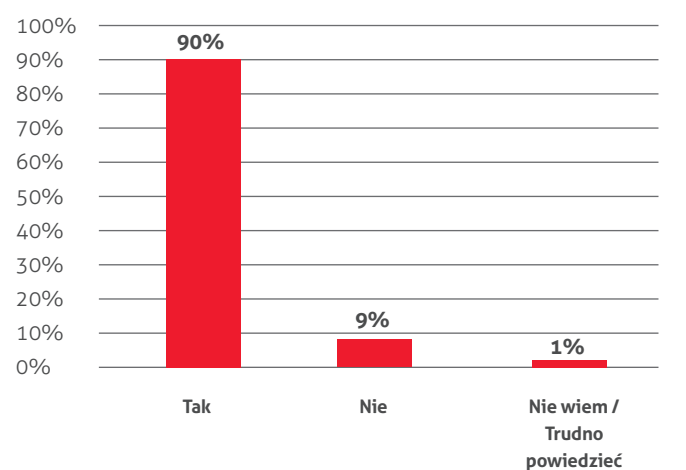
Bardzo źle:	0,56%
Raczej źle:	1,24%
Ani dobrze, ani źle:	5,35%
Raczej dobrze:	34,44%
Bardzo dobrze:	53,87%
Nie wiem/nie dotyczy:	4,54%

Perspektywa lekarzy

Podobne badanie przeprowadzone zostało na zlecenie Fundacji Alivia wśród polskich onkologów. Wyniki były zaskoczeniem nawet dla nas. Wskazują one jednoznacznie, że problem dostępności do nowoczesnych leków onkologicznych jest również dostrzegany przez środowiska medyczne:

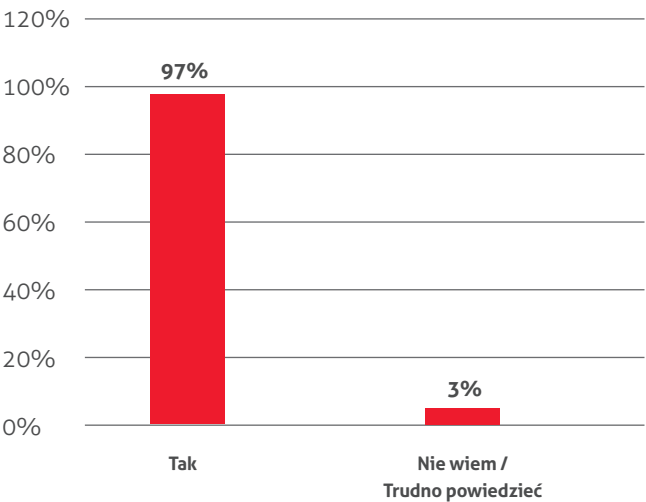
- Według 90% badanych onkologów w Polsce występuje problem braku dostępu do niektórych nowoczesnych leków onkologicznych.

Czy, Pana/Pani zdaniem, w Polsce występuje problem braku dostępu do niektórych nowoczesnych leków onkologicznych? (N=106)



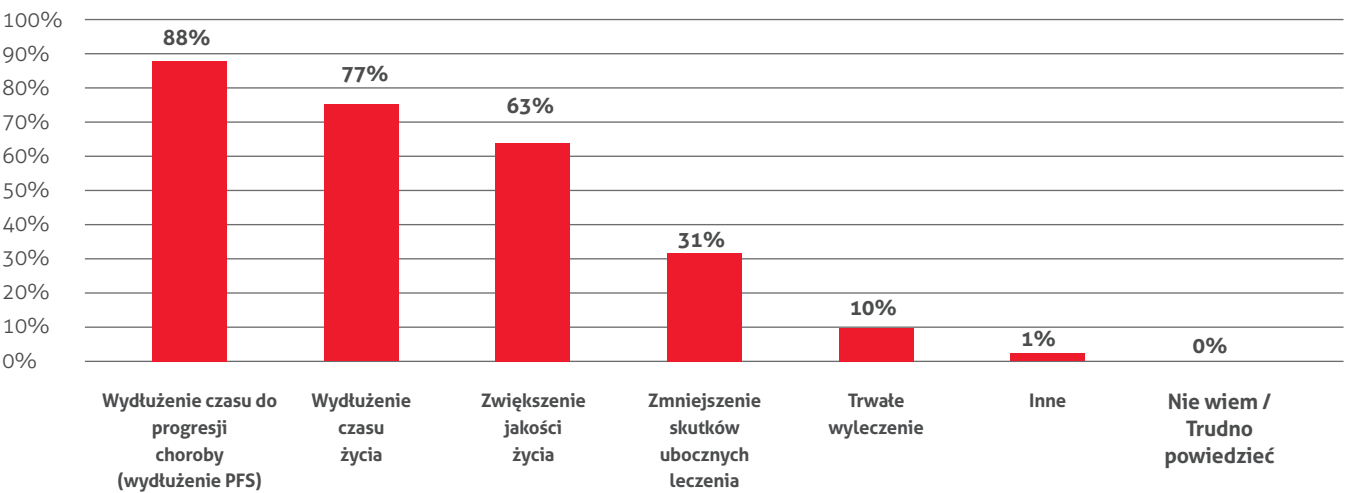
- 97% lekarzy uważa, że ich pacjenci mogliby odnieść korzyść terapeutyczną z większego dostępu do innowacyjnych leków.

Czy w przypadku bardziej swobodnego dostępu do nowoczesnych leków onkologicznych niektórzy Pana/Pani pacjenci mogliby odnieść korzyść terapeutyczną? (N=103)



- Ponad 75% lekarzy wskazuje, że ich pacjenci mogliby żyć dłużej, gdyby mogli ich leczyć nowoczesnymi lekami.

Jak Pan/Pani sądzi, jakie korzyści terapeutyczne mogliby odnieść leczeni przez Pana/Panią pacjenci, gdyby dostęp do nowoczesnych leków onkologicznych nie był ograniczony? (N=100)



Pełne wyniki powyższego badania znajdziecie Państwo na stronie: www.alivia.org.pl/raport2015/alivia_biuletyn_jak_leczymy_raka_w_polsce.pdf

Dostępność innowacyjnych leków onkologicznych w Polsce na tle wybranych krajów Unii Europejskiej oraz Szwajcarii – główne wnioski z raportu



Michał Majewski
Dział Doradztwa Biznesowego, EY

Raport przygotowany został przez firmę doradczą EY na zlecenie Fundacji Onkologicznej Osób Młodych – Alivia. W przeprowadzonym badaniu analizie poddano 30 innowacyjnych leków onkologicznych (dostarczanych przez 16 różnych firm farmaceutycznych), wybranych w oparciu o takie kryteria jak:

- Wysokie wykorzystanie (mierzone wolumenem sprzedaży w kg)
- Wysoka wartość sprzedaży w okresie 2013Q4 – 2014Q3.

Analiza dotyczyła Polski na tle 12 krajów europejskich z uwzględnieniem krajów o rozwiniętych systemach ochrony zdrowia, jak również naszych sąsiadów z regionu.

Badaliśmy takie zagadnienia jak: Czy lek jest refundowany? Czy kryteria refundacji ograniczają dostęp pacjentów do leku? Poziom wykorzystania leku – jak szeroko lek jest stosowany? Przeanalizowaliśmy również czas od autoryzacji EMA do uzyskania rozpoznawalnego poziomu wykorzystania leku, wskazując jak długo trwa udostępnienie leku pacjentom.

Przez leki dostępne rozumiemy w niniejszym opracowaniu produkty objęte refundacją, gdzie kryteria refundacyjne nie ograniczają grupy pacjentów, dla których mogą być one stosowane (w odniesieniu do kryteriów przyjętych przez EMA w decyzji o dopuszczeniu do obrotu).

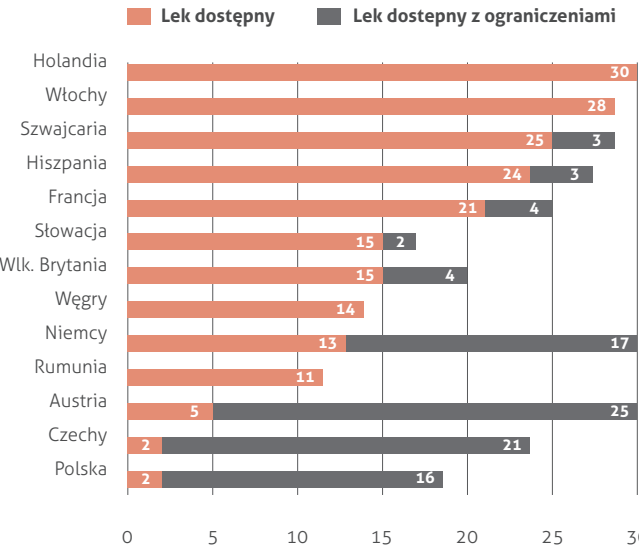
Efekty przeprowadzonych badań można podsumować krótko – pacjenci onkologiczni w Polsce mają mniejszy niż w innych badanych krajach dostęp do innowacyjnych leków onkologicznych:

- W Polsce tylko 2 innowacyjne leki onkologiczne są refundowane bez ograniczeń w stosunku do wskazań przyjętych przez EMA. Ponadto, aż 12 z 30 leków jest niedostępnych w ramach refundacji.
- Wykorzystanie innowacyjnych leków w Polsce, nawet tych refundowanych, jest bardzo niskie w porównaniu z badanymi krajami.
- Leki w Polsce są późno wprowadzane do refundacji, na co wskazuje okres, który upływa od autoryzacji EMA do uzyskania rozpoznawalnego poziomu wykorzystania leku.

W Polsce dostęp do leków onkologicznych zapewniony jest w ramach definiowanych przez Ministerstwo Zdrowia programów lekowych i chemioterapii. W przypadku programów lekowych określone zostały dodatkowe kryteria stosowania leku. Zdefiniowane kryteria stosowania leku są zawężające w stosunku do wskazań przyjętych przez EMA. W konsekwencji utrudnia to dostęp pacjentów do innowacyjnych form terapii w Polsce.

W naszym kraju (stan na styczeń 2015 r.) tylko 2 spośród 30 analizowanych leków było dostępnych bez ograniczeń wskazań medycznych. Jest to najniższa liczba w badanych 13 krajach. Kolejne 16 innowacyjnych leków dostępne było z ograniczeniami zakresu wskazań stosowania leku w ramach programów lekowych.

Jednocześnie łączna liczba 18 refundowanych leków jest jedną z najniższych w badanych krajach. Mniejsza liczba leków jest refundowana tylko w Rumunii, na Węgrzech i Słowacji.



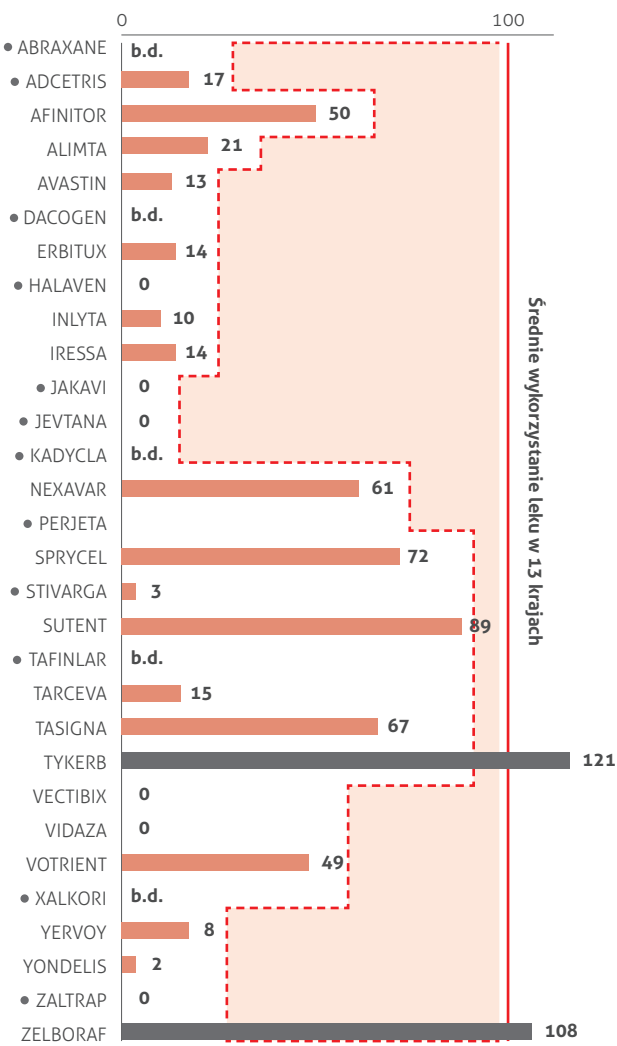
Źródło: Autoryzowane strony internetowe podmiotów związanych z działaniami refundacyjnymi (dokładny wykaz dostępny w Raporcie), opracowanie własne.

Wykorzystanie innowacyjnych leków w Polsce, w porównaniu do średniej w 13 badanych krajach, jest jednym z najniższych. Tylko w dwóch przypadkach stosowanie przekroczyło średnie wykorzystanie innowacyjnych leków dla 13 analizowanych krajów europejskich. Dotyczy to leków Tyverbu (Tykerb), stosowanego w terapii raka piersi, oraz Zelborafu, stosowanego u chorych z nowotworem skóry. Dla 10 leków refundowanych wykorzystanie nie przekracza 25% średniej 13 krajów.

Na podstawie przeprowadzonych analiz można zaobserwować, że w Polsce obowiązują wyjątkowo restrykcyjne kryteria dopuszczenia refundacji innowacyjnych leków, co znacznie ogranicza ich stosowanie.

Przyczyną niewielkiego poziomu wykorzystania innowacyjnych leków, mierzonego wielkością sprzedaży, jest szeroki zakres ograniczeń przyjęty w ramach programów lekowych w stosunku do wskazań przyjętych przez EMA. Zmniejsza to wydatki płatnika publicznego, ale również ogranicza liczbę pacjentów, którzy mogliby skorzystać z innowacyjnych form terapii.

Wykorzystanie innowacyjnych leków w Polsce w okresie 2013Q4 – 2014Q3



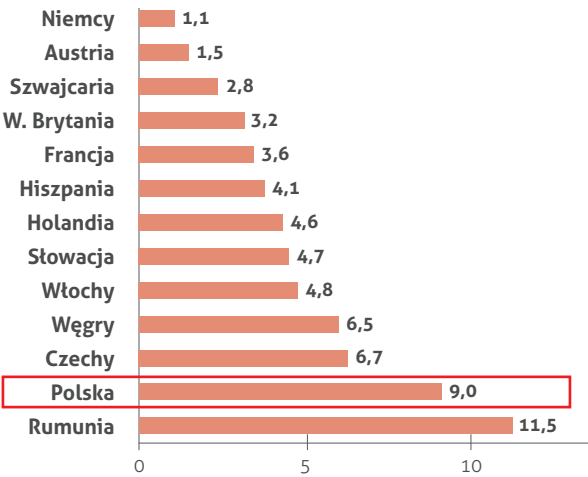
Źródło: PADDIS IMS MIDAS Q3/2014, opracowanie własne

W chorobach nowotworowych czynnik czasu jest jednym z kluczowych elementów wpływających na skuteczność terapii. Aby zbadać, jak szybko pacjenci uzyskują faktyczny dostęp do leków, przeanalizowano czas (w kwartałach), jaki upływa od autoryzacji EMA do osiągnięcia rozpoznawalnego poziomu wykorzystania leku w danym kraju.

Rozpoznawalny poziom wykorzystania leku* w Polsce jest osiągany średnio dopiero po 9 kwartałach (czyli po ponad 2 latach) od autoryzacji EMA i jest to drugi najdłuższy okres oczekiwania w analizowanych krajach (ostatnia jest Rumunia, gdzie czas ten wynosi 12 kwartałów).

* 3% średniego wykorzystania (mierzonego wolumenem sprzedaży) w 3 krajach wiodących (TOP3) w okresie 2013Q4 – 2014Q3

Średni czas (w kwartałach) od autoryzacji EMA do osiągnięcia rozpoznawalnego poziomu wykorzystania



Źródło: PADDIS IMS MIDAS Q3/2014, opracowanie własne

Podsumowując, w porównaniu do krajów o rozwiniętych systemach ochrony zdrowia, jak również państw naszego regionu, dostęp do innowacyjnych leków onkologicznych w Polsce jest ograniczony. Wynika to zarówno z późnego wprowadzania leków do refundacji, jak również zawężania wskazań przyjętych w ramach programów lekowych (w stosunku do decyzji EMA o dopuszczeniu leku do obrotu). Skutkiem jest niskie wykorzystanie innowacyjnych leków onkologicznych w Polsce. Niezbędne jest podjęcie kroków zmierzających do wypracowania optymalnego rozwiązania systemowego w zakresie dostępu do innowacyjnych leków onkologicznych w Polsce.

Dostępność leków onkologicznych - perspektywa europejska



Prof. Francesco De Lorenzo
Prezes Europejskiej Koalicji Chorych na Raka

O Koalicji

Działaniom Europejskiej Koalicji Chorych na Raka (ECPC) przyświeca hasło „nic o nas, bez nas”. Reprezentujemy 354 grup pacjentów onkologicznych w 46 krajach, w tym chorych na wszystkie typy nowotworów, zarówno te powszechne, jak i rzadkie. Jesteśmy organizacją prowadzoną i zarządzaną przez pacjentów. ECPC promuje szybki dostęp do odpowiedniej profilaktyki, badań przesiewowych, wczesnej diagnostyki, leczenia i opieki dla wszystkich chorych na raka. Naszym celem jest zmniejszanie dysproporcji i nierówności w całej Unii Europejskiej, a także zwiększanie rozwoju badań i innowacji w leczeniu raka. Wreszcie, chcielibyśmy, zwiększyć wpływ pacjentów onkologicznych na politykę europejską w obszarze opieki zdrowia i badań. ECPC jest dobrze słyszonym głosem chorych na raka, reprezentuje pacjentów onkologicznych w takich instytucjach jak: Komisja Europejska, Grupy Ekspertów Komisji Europejskiej na rzecz Walki z Rakiem, Europejska Agencja Leków, CanCon, itp. Duża część naszej pracy dotyczy innowacyjnych leków, bezpieczeństwa oraz komfortu życia chorych. Niestety odkrywamy, że pacjenci stykają się z paradoksem. Przez dziesięciolecia czekaliśmy, aż nauka rozwiąże problem raka. Teraz mamy dużo nowych, skutecznych, innowacyjnych leków, ale wielu pacjentów nie ma do nich dostępu. Nawet najbezpieczniejszy, najbardziej efektywny lek, który przybywa za późno, nie jest dla pacjenta żadną korzyścią.

Czy możemy mieć rzeczywisty dostęp do innowacyjnych leków?

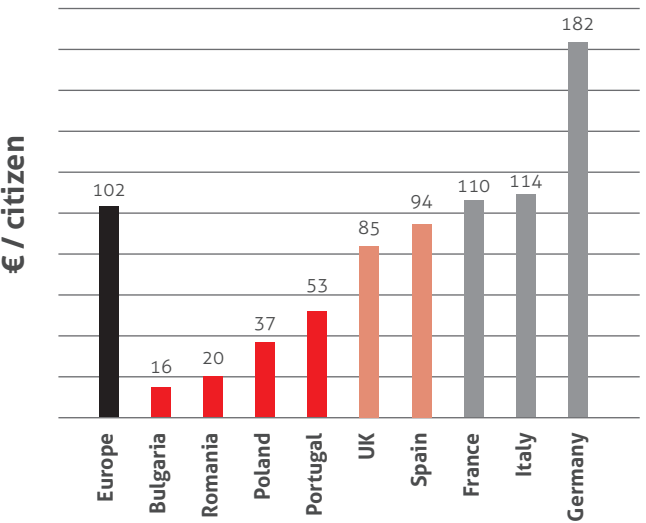
W wielu europejskich krajach, głównym problemem nadal pozostaje dostęp do leków. Nie wszyscy spośród 10 milionów chorych na raka w Unii Europejskiej mają dostęp do nowych leków lub leczenia,

które mogłyby zwiększyć ich szanse na wyzdrowienie. Wiemy, że system refundacji leków w Europie jest nie tylko niejednorodny, ale tworzy duże nierówności w dostępie do leków. Na przykład Trastuzumab, podstawowy lek na raka piersi, był dostępny natychmiast po autoryzacji w Finlandii, Niemczech, Holandii, ale już pacjenci z Danii, Rumunii i Łotwy musieli czekać odpowiednio 5, 7 i 12 lat. Rozbieżności te są jednym z powodów bardzo różnych wyników w obszarze leczenia chorych na raka w całej Europie. Na przykład, dla raka jelita grubego przeżywalność różni się o 15-20% w krajach Europy Wschodniej, w porównaniu do krajów Zachodnich. Problem dostępu do innowacyjnych leków będzie miał ogromny wpływ na przyszłych pacjentów.

Nierówności w leczeniu raka w Europie to rzeczywistość

Pomimo wielu podjętych prób poprawy sytuacji w onkologii, dostęp do służby zdrowia, opieki społecznej, leczenia (np. leków, radioterapii), czy późniejszej opieki jest wciąż nierówny. Doskonale ilustrują je średnie roczne wydatki na onkologię na jednego mieszkańca w UE. Na poniższym wykresie można porównać, ile wydaje kilka wybranych krajów UE na onkologię proporcjonalnie do liczby swoich mieszkańców.

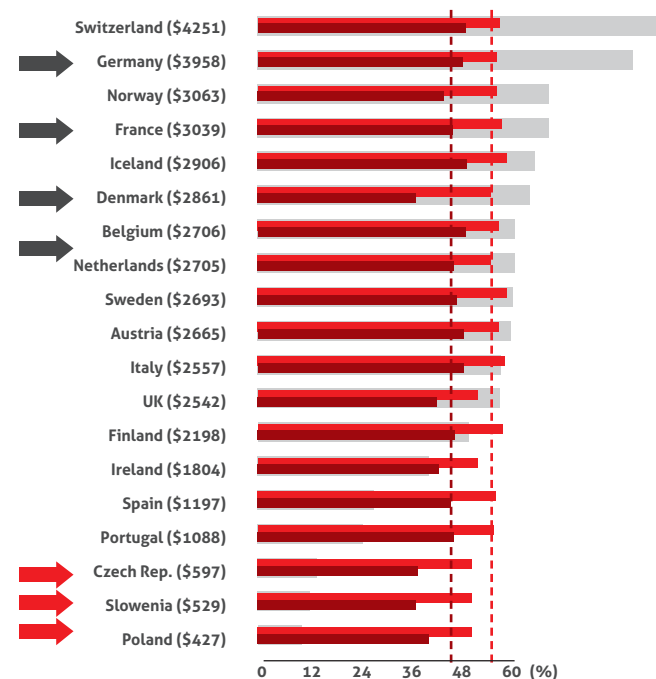
Wykres 1: Średnie wydatki na onkologię na mieszkańca w wybranych krajach Unii Europejskiej



„Economic burden of cancer across the European Union: a population-based cost analysis.”
Luengo-Fernandez, Leal J, Szary, Sullivan R., 2013.

Istnieją ogromne różnice w wysokości środków przeznaczanych przez państwa członkowskie UE na opiekę nad chorymi na raka. I nie jest to tylko kwestia różnicy w sprawozdaniach finansowych ministerstw

zdrowia w Europie. Te różnice mają bezpośredni wpływ na przeżycie chorych na raka. Badania EURO CARE wykazały duże różnice w przeżywalności chorych na raka, które są w jasny sposób powiązane z wysokością PKB i wydatkami na ochronę zdrowia. W krajach z niskim lub średnim PKB szanse przeżycia z rakiem są najniższe. Nikogo nie zaskoczy informacja, że tzw. „stare państwa członkowskie UE” mają znacznie wyższe wydatki zdrowotne niż tzw. „nowe państwa członkowskie”, w szczególności należące do Europy Wschodniej i Południowej. Bardzo niepokojąca jest jednak informacja, że dane te nakładają się na statystyki przeżywalności, które dla trzech ostatnich krajów – Czech, Słowenii i Polski są już nawet poniżej średniej w Europie.



Stare kraje Unii Europejskiej

Nowe kraje Unii Europejskiej

Mężczyźni^a

Kobiety^a

Wydatki na zdrowie (US\$)^b

Średnia europejska dla mężczyzn

Średnia europejska dla kobiet

^a Wskaźnik przeżywalności pacjentów zdiagnozowanych w latach 1995-1999 z uwzględnieniem pięcioletniego wskaźnika przeżywalności

^b Przeciętne roczne wydatki na ochronę zdrowia w latach 1994-2002 liczone na mieszkańca
Źródło: Modified from Franco Berrino et al, Comparative cancer survival information in Europe. EJC 45:903 © Elsevier 2009

Polityka lekowa faktycznie skierowana na pacjenta oznacza przyjęcie perspektywy pacjenta

Obecnie agencja EMA ocenia nowe leki wyłącznie na podstawie wyników klinicznych, podczas gdy proces dotyczący decyzji o refundacji mający miejsce w danym kraju opiera się na kwestii kosztów i efektywności. W konsekwencji, leki po autoryzacji EMA nie wchodzi szybko do refundacji w krajach członkowskich. Nowoczesne, innowacyjne leki podlegają refundacji późno lub wcale! Potencjalnym rozwiązaniem tej sytuacji jest włączenie analizy dotyczącej kosztów i efektywności do procesu oceny leku i wzmocnienie roli europejskiej sieci HTA w ramach EMA. Tak, by na poziomie wszystkich krajów członkowskich powstała referencja, wskazanie co do refundacji leku. Taki zabieg przyspieszyłby proces refundacji kluczowych leków.

Działania na rzecz poprawy sytuacji to nie tylko lobbowanie w instytucjach Unii Europejskiej, to też dzielenie się dobrymi praktykami. Dlatego chciałbym wspomnieć o rozwiązaniach prawnych we Włoszech, silnie wspieranych przez onkologiczne organizacje pacjentów. Artykuł 44 (konkretnie paragraf 3) wprowadzony w sierpniu 2013 r. zmusza włoską Agencję Leków i firmy farmaceutyczne do tego, aby zrobiły wszystko co w ich mocy, żeby sprawnie i szybko przyjąć do refundacji nowe leki. Narzucony termin to 100 dni od rejestracji w EMA. Takie rozwiązanie gwarantuje w szybkim czasie i przy stosunkowo niskiej cenie dostęp do nowych, ratujących życie terapii onkologicznych.

Na koniec chciałbym także wspomnieć o Europejskiej Karcie Praw Pacjenta Onkologicznego (European Cancer Patient's Bill of Rights). Dokument ten jest katalizatorem zmian, mającym zapewnić wszystkim obywatelom Europy prawo do optymalnej opieki. To podstawowe narzędzie dla wszystkich chorych na raka w UE z szerokim wsparciem politycznym. Jednym z pierwszych działań już na bazie Europejskiej Karty Pacjenta Onkologicznego jest manifest polityczny dla nowych członków Parlamentu Europejskiego, mający na celu zaangażowanie ich w walkę z rakiem. Mamy nadzieję, że już za rok usłyszymy głosy z Polski świadczące o tym, że przyniósł on rezultaty.

System refundacyjny i dostęp do leków w Szwajcarii



Martina Weiss

Szefowa Działu Zakupów Leków i Usług Medycznych największej szwajcarskiej kasy chorych Helsana

W Szwajcarii funkcjonuje społeczny system zdrowia, obsługiwany przez około 60 różnych firm ubezpieczeniowych, które muszą zapewnić ten sam zakres usług swoim klientom. Ubezpieczenie jest obowiązkowe, posiada je każdy obywatel Szwajcarii. Farmaceutyki są regulowane przez rząd. Lek musi spełniać cztery kryteria, aby podlegać refundacji, tzn. być bezpieczny, skuteczny, efektywny kosztowo i posiadać odpowiednie właściwości. W Szwajcarii na liście refundacyjnej znajduje się ponad 80% wszystkich zarejestrowanych w kraju leków. W przypadku onkologii liczba ta jest nawet bliska 100%, ponieważ większość z 20% leków, które nie podlegają refundacji, to leki z tzw. kategorii life-style. Farmaceutyki stanowią prawie 25% nakładów obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego.

Co tak naprawdę oznaczają kryteria refundacji?

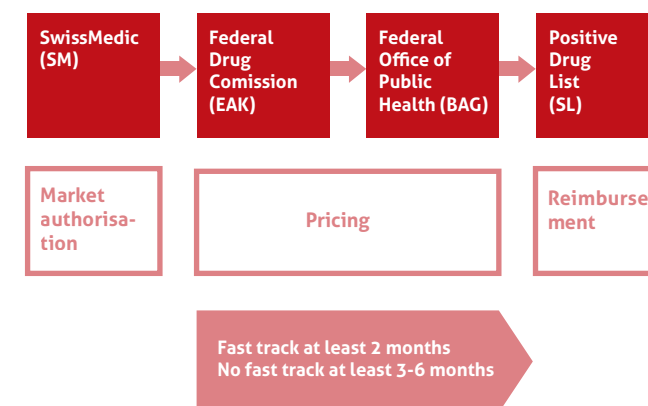
Skuteczność oznacza, że konieczne jest przeprowadzenie badania klinicznego potwierdzającego działanie leku. Substancja musi również wykazać się efektywnością w porównaniu z innymi dostępnymi lekami. Odpowiednie właściwości oznaczają, że lek spełnia kryteria farmakologiczne, np. ekonomiczny rozmiar opakowania. Badamy także potencjalne, niepożądane skutki uboczne. Wreszcie, lek musi spełniać kryteria efektywności kosztowej. Tu wykorzystujemy dwa mechanizmy: porównanie w obszarze klasy terapeutycznej lub porównanie cen w krajach europejskich. Porównanie w obszarze klasy terapeutycznej stosujemy, jeżeli lek wprowadzany na rynek jest nowy. Wówczas analizujemy koszty podobnych produktów już

dostępnych i refundowanych w Szwajcarii (z tym samym wskazaniem, z tym samym mechanizmem działania, oczywiście jeśli jest to możliwe). Jeśli lek jest lepszy od substancji obecnie stosowanych, tzn. ma większą skuteczność i mniej skutków ubocznych, dostaje premię za innowacyjność. W takim przypadku przyjmujemy, że jego cena może być wyższa o 10-20% niż produkt, który już jest refundowany.

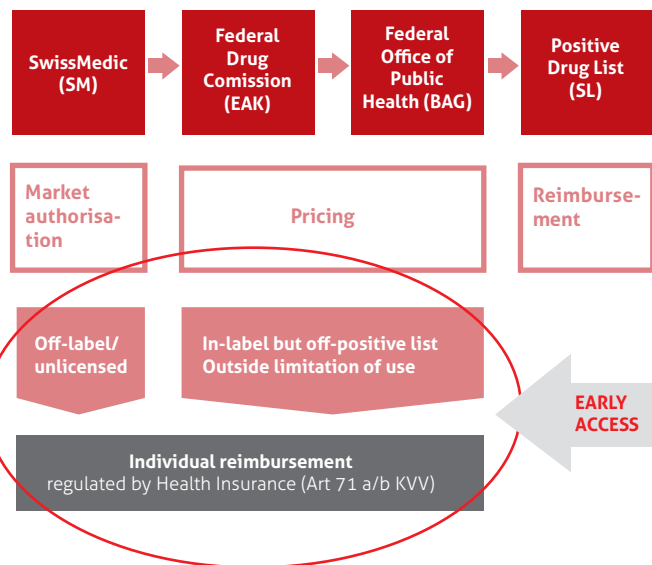
Drugi mechanizm to porównanie cen w krajach europejskich. Sprawdzamy jaką jest cena tego leku w krajach o podobnych strukturach gospodarczych i farmaceutycznych. W praktyce koszt nie powinien być wyższy niż średni koszt w takich krajach jak Wielka Brytania, Francja, Niemcy, Holandia, Dania i Austria. Po trzech latach cena leku ponownie zostaje poddana weryfikacji.

Proces refundacji

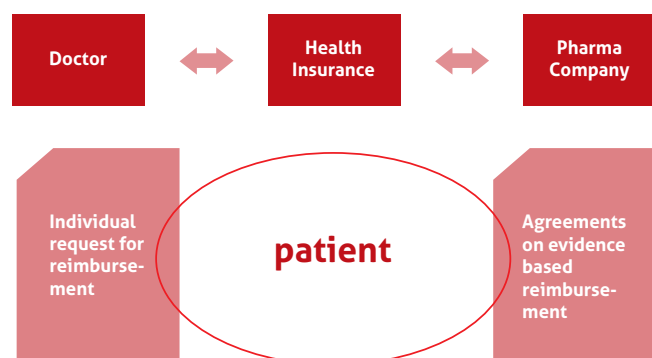
Szwajcaria ma własny odpowiednik EMA i FDA, który nosi nazwę SwissMedic. Po otrzymaniu autoryzacji od SwissMedic lek przechodzi proces wyceny. Zajmuje się tym Federalna Komisja Leków, w skład której wchodzi wszystkie zainteresowane strony: pacjenci, firmy farmaceutyczne, płatnicy, lekarze, farmaceuci. Komisja doradza Federalnemu Urzędowi Zdrowia Publicznego i to on podejmuje decyzje w oparciu o jeden z dwóch opisanych powyżej mechanizmów (porównanie w obszarze klasy terapeutycznej lub porównanie cen w krajach europejskich). Proces ten trwa zwykle od 3 do 6 miesięcy, a przy zastosowaniu szybkiej ścieżki nawet krócej.



Oczywiście może się zdarzyć, że Urząd i producent nie mogą się porozumieć co do ceny i proces trwa dłużej. W takich sytuacjach stosujemy jeszcze inne rozwiązanie. Jeżeli lek został zarejestrowany w Szwajcarii przez SwissMedic, ale nie został jeszcze wpisany na listę refundacyjną, jest on dostępny dla pacjentów poprzez wykorzystanie procesu refundacji indywidualnej.



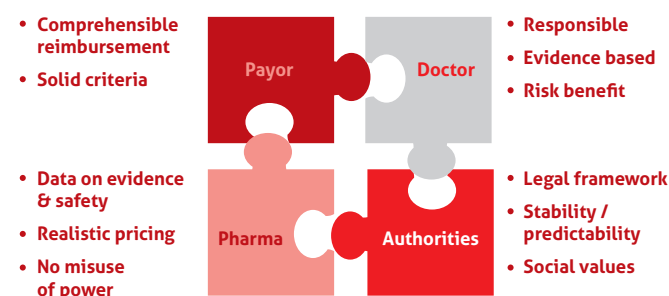
Jak to działa? Po wypełnieniu przez lekarza indywidualnego wniosku o refundację, decyzja zostaje podjęta dla konkretnego przypadku. Każdorazowo brane są pod uwagę zarówno argumenty doradcy medycznego, jak np. czy jest to choroba zagrażająca życiu lub poważnie obniżająca jego jakość, możliwości alternatywnego leczenia, korzyści terapeutyczne, etc., jak również argumenty ubezpieczyciela, który patrzy na koszt refundacji oraz iloraz kosztu i potencjalnego zysku. Podobny proces dotyczy stosowania leków off-label.



Szwajcaria jest wprawdzie dość bogatym krajem, ale podobnie jak inne kraje musi stawić czoła wyzwaniom związanym z refundacją w onkologii, szczególnie w obszarze medycyny spersonalizowanej i terapii skojarzonych z udziałem wielu leków. Ceny farmaceutyków rosną. Wynika to z faktu, że koszt wprowadzenia leku na rynek pozostaje na tym samym poziomie, a coraz węższe wskazania sprawiają, że liczba odbiorców zmniejsza się. Leki są także częściej wykorzystywane na zasadzie off-label. Specyfika off-label sprawia, że regula-

cja jest niemożliwa. Onkologia to również bardzo dynamiczny obszar, zwłaszcza w ciągu ostatnich kilku lat, ze względu na pojawiające się liczne nowe terapie i nowe strategie leczenia. W niektórych przypadkach zamiast leczyć 2-3 miesiące, będziemy leczyć nawet przez 2-3 lata. Ponadto istnieje wiele terapii skojarzonych, w których wykorzystuje się drogie leki. Ogromne znaczenie dla systemu mają również trendy demograficzne.

Dostęp do leków to wspólna odpowiedzialność wszystkich podmiotów zaangażowanych w proces, szczególnie płatnika i producenta. Jak pokazuje poniższy wykres, płatnik musi stworzyć zrozumiały proces refundacyjny, w oparciu o stałe kryteria. Producenci muszą dostarczyć dane na temat badań i bezpieczeństwa leków, a także zaproponować realistyczne ceny. Lekarz powinien działać opierając się na informacjach dotyczących leków, biorąc pod uwagę korzyści i ryzyko. Natomiast władze mają obowiązek zapewnić ramy prawne, a także stabilność, przewidywalność procesu, uwzględniając przy tym wartości społeczne.



Najważniejsze punkty VI Polsko-Szwajcarskiego Forum Dialogu

W naszym kraju odnotowuje się ok. 150 tys. nowych zachorowań na raka rocznie. Na 100 pacjentów w Polsce przeżyje średnio zaledwie 46, co plasuje nasz kraj na jednej z ostatnich pozycji w Europie. Dystans dzielący nas od liderów jest ogromny, kraje te osiągają wskaźniki pomiędzy 60 a 70% przeżywalności. Po 5 latach statystycznie z grupy 150 tys. chorych przeżyje w Polsce niespełna 70 tys. osób, choć współczesna wiedza medyczna pozwala uratować co najmniej 100 tys.

Problem leczenia onkologicznego jest oczywiście wielopłaszczyznowy. Potrzebna jest kompleksowa strategia walki z rakiem, obejmująca działania na wielu poziomach: od edukacji, przez lepszą profilaktykę, diagnostykę, większą dostępność specjalistów (krótsze kolejki, więcej czasu na pacjenta, itd.), po lepsze leczenie i dostęp do farmakoterapii (w tym innowacyjnych leków).

Problem dostępności do nowoczesnych leków onkologicznych jest dostrzegany przez środowiska medyczne:

- Według 90% badanych onkologów w Polsce występuje problem braku dostępu do niektórych nowoczesnych leków onkologicznych
- 97% lekarzy uważa, że ich pacjenci mogliby odnieść korzyść terapeutyczną z większego dostępu do innowacyjnych leków
- Ponad 75% lekarzy wskazuje, że ich pacjenci mogliby żyć dłużej, gdyby mogli ich leczyć nowoczesnymi lekami

Chorzy są przekonani, że są leczeni najlepiej jak to możliwe. Lekarze wiedzą, że tak nie jest i że nie mają dostępu do najnowszych metod leczenia.

Raport przygotowany przez EY Polska na zlecenie Fundacji Alivia pokazuje jednoznacznie, że pacjenci w Polsce mają dostęp do znacznie mniejszej liczby nowoczesnych leków onkologicznych niż chorzy w krajach europejskich.

Główne wnioski z raportu:

1. Na 30 najszerzej używanych w Unii Europejskiej leków na raka, w Polsce aż 12 jest w ogóle niedostępnych. Kolejne 16 na 30 leków jest dostępnych, ale z ograniczeniami
2. Dla 10 spośród 18 dostępnych leków w Polsce wykorzystanie nie przekracza nawet ¼ średniej
3. Innowacyjne leki w Polsce są dostępne późno – średnio dopiero 2 lata po pojawieniu się leków na rynku



Działania Fundacji Alivia po konferencji



Bartosz Poliński
Fundacja Alivia

23 kwietnia 2015 roku w Warszawie, w trakcie VI Polsko-Szwajcarskiego Forum Dialogu poświęconego odpowiedzi na pytanie „Jak w Polsce leczymy raka?”, zostały zaprezentowane wyniki raportu opublikowanego przez firmę doradcą EY. Raport został przygotowany na zlecenie Alivii – Fundacji Onkologicznej Osób Młodych.

Wyniki raportu spotkały się z bardzo dużym zainteresowaniem mediów – wnioski zostały przedstawione w mediach o największym zasięgu. Temat został podjęty przez programy newsowe, interwencyjne oraz śniadaniowe w telewizjach publicznych i prywatnych o ogólnopolskim zasięgu. Największe gazety i tygodniki opinii, a także portale internetowe poświęcały tej kwestii obszerne artykuły, reportaże, okładki. Łącznie odnotowaliśmy ponad 200 publikacji i emisji dotyczących wyników raportu, a osiągnięty zasięg objął 64 000 000 odbiorców.

29 kwietnia 2015 wnioski z raportu zostały przedstawione przez Prezesa Alivii – Bartosza Polińskiego na posiedzeniu Sejmowej Komisji Zdrowia w sprawie realizacji ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (tzw. ustawy refundacyjnej).

7 maja 2015 roku wybrane wnioski dotyczące ograniczeń w dostępie do optymalnego leczenia oraz długiego czasu oczekiwania na decyzje refundacyjne w Polsce zostały przedstawione przez Wiceprezesa Alivii – Agatę Polińską na posiedzeniu Sejmowej Komisji Zdrowia poświęconej sprawie realizacji przepisów dotyczących tzw. pakietów kolejkowych i onkologicznych.

25 maja 2015 roku raport został również przedstawiony na IV Forum Pacjentów Onkologicznych zorganizowanym pod hasłem „Czy pacjent może mieć zaufanie do systemu opieki onkologicznej w Polsce?”. Forum inaugurowało Europejski Tydzień Walki z Rakiem i było poświęcone zarówno ograniczeniom w dostępie do nowoczesnej diagnostyki, jak i leczenia. W wyniku spotkania wielu organizacji onkologicznych powstało 5 postulatów, z których jeden był oparty o dane z raportu. W postulacie zawarto stanowisko, że obecne ograniczenia w dostępie do nowoczesnego leczenia stanowią jedną z przyczyn różnic dzielących Polskę i inne kraje europejskie w skuteczności leczenia chorób nowotworowych. Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych w imieniu wszystkich organizacji i pacjentów onkologicznych postulowała zwiększenie przejrzystości decyzji refundacyjnych w Polsce, i branie pod uwagę przy ocenie nowych leków korzyści dla pacjenta oraz kosztów społecznych niewprowadzenia innowacyjnych terapii (tj. dodatkowe hospitalizacje, niezdolność do pracy, zasiłki, renty etc.), a także zaproponowanie przez Ministerstwo Zdrowia innego rozwiązania, które da szansę w niektórych przypadkach na refundację ratującego życie leczenia (szczególnie tragiczną sytuację w tej chwili mają pacjenci chorzy na rzadkie nowotwory bez dostępu do jakiegokolwiek leczenia, np. rzadko występujące chłoniaki, mielofibroza) oraz zwiększenia budżetów na opiekę onkologiczną i zdrowotną.

Pomimo zaproszenia i prośby o podjęcie dialogu zarówno Forum Dialogu jak i Forum Pacjentów Onkologicznych odbyły się bez udziału przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia.

16 czerwca 2015 roku Fundacja Alivia oraz 13 innych organizacji wystosowały list otwarty do Ministra Zdrowia, w którym przedstawiły sytuację ograniczeń w dostępie do nowoczesnego leczenia oraz zadały pytania dotyczące dotychczasowej i przyszłej polityki Ministerstwa Zdrowia w tym obszarze. Ponadto wystosowana została prośba o organizację okrągłego stołu interesariuszy i dialog ze stroną społeczną. List był szeroko komentowany w mediach.

24 czerwca 2015 Wiceprezes Alivii Agata Polińska wraz z przedstawicielkami fundacji Rak'n'Roll i Polskie Amazonki – Ruch Społeczny, uczestniczyła w konferencji prasowej zorganizowanej w Sejmie przez Przewodniczącą Sejmowej Komisji Zdrowia – Tomasza Latosa. Konferencja była poświęcona problemom kobiet z zaawansowanym rakiem piersi, dla których w Polsce optymalne leczenie jest niedostępne, a także ograniczeniom w dostępie do nowoczesnego leczenia we wszystkich typach nowotworów. W trakcie konferencji zostały zaprezentowane główne wnioski raportu.

25 czerwca 2015 Prezes fundacji Alivia – Bartosz Poliński uczestniczył w Debacie Programowej Polskiego Towarzystwa Onkologicznego w Gdańsku, gdzie przedstawił wnioski raportu.

W dniach **25-27 czerwca 2015** roku w Gdańsku odbył się Europejski Kongres Medyczny, na którym raport został przedstawiony przez byłego wiceministra zdrowia - Jakuba Szulca, obecnie reprezentującego firmę EY.

14 lipca 2015 Ministerstwo Zdrowia wystosowało pisemną odpowiedź na list otwarty z dnia 16.06.2015, w której przedstawiło własną perspektywę i stanowisko wobec realizowanej polityki lekowej. Minister nie odniósł się do prośby 13 organizacji pacjenckich o spotkanie i dialog.

21 lipca 2015 wnioski z raportu ponownie zostały przedstawione podczas Sejmowej Komisji Zdrowia w sprawie rozpatrzenia informacji na temat wykonywania oraz skutków stosowania ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych w 3 lata od wejścia w życie. W posiedzeniu Komisji aktywnie uczestniczył zarząd fundacji Alivia – Agata i Bartosz Polińscy.

W dniach **7-8 sierpnia 2015** w Warszawie odbyła się V Letnia Akademia Onkologiczna dla Dziennikarzy. Jednym z szeroko poruszanych tematów były wnioski z raportu, które zostały zaprezentowane przez Bartosza Polińskiego.

24 sierpnia 2015 przedstawiciele Alivii – Agata i Bartosz Polińscy wraz z reprezentantem Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych – Szymonem Chrostowskim spotkali się z Wiceprezeską PIS – Beatą Szydło, której przekazali list podpisany przez 20 organizacji onkologicznych z prośbą o spotkanie i dialog w sprawie polskiej onkologii. Analogiczne pismo skierowane do Premier Ewy Kopacz tego samego dnia zostało złożone w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów.



Polsko-Szwajcarskie Forum Dialogu

Polsko-Szwajcarskiego Forum Dialogu 21st Century Healthcare stwarza możliwość dyskusji, której celem jest wypracowanie optymalnego modelu systemu ochrony zdrowia w Polsce. Cykl spotkań organizowany jest przez Polsko-Szwajcarską Izbę Gospodarczą pod patronatem Ambasady Szwajcarii w Polsce. Do udziału w spotkaniach zapraszani są polscy oraz zagraniczni eksperci, którzy dzielą się swoją wiedzą i doświadczeniami dotyczącymi funkcjonowania systemu ochrony zdrowia oraz mechanizmów skutecznego prowadzenia dialogu stosowanych w innych krajach.

Dotychczas odbyło się sześć spotkań, które były poświęcone najważniejszym problemom systemu ochrony zdrowia oraz roli dialogu pomiędzy jego interesariuszami:

– *Ile rynku, ile państwa w ochronie zdrowia? Konkurencja między płatnikami – doświadczenie szwajcarskie. (2011)*

- **Dr Eugen David**, Członek Komisji Bezpieczeństwa Społecznego i Zdrowia Rady Kantonów, były Prezes jednej z największych kasy chorych w Szwajcarii,
- **Dr Thomas Zeltner**, wieloletni Minister Zdrowia w Szwajcarii,
- **Marek Balicki**, były Minister Zdrowia,
- **Dr Andrzej Sośnierz**, były Prezes NFZ.

– *Profilaktyka i promocja zdrowia – nowe perspektywy dla państwa i samorządu. (2011)*

- **Dr Ignazio Cassis**, lekarz, Członek Komisji Zdrowia Zgromadzenia Federalnego w Szwajcarii,
- **Dr Thomas Mattig**, Prezes Fundacji Health Promotion Switzerland,
- **Bolesław Samoliński**, Konsultant Krajowy ds. Zdrowia Publicznego,
- **Witold Tomaszewski**, Główny Inspektorat Sanitarny.

– *Dialog jako najlepszy sposób na osiągnięcie optymalnych rozwiązań w systemie ochrony zdrowia. (2012)*

- **Dr Thomas Zeltner**, wieloletni Minister Zdrowia w Szwajcarii,
- **Thomas Cueni**, Sekretarz Generalny szwajcarskiego stowarzyszenia branżowego Interpharma,
- **Prof. Witold Orłowski**, Główny Doradca Ekonomiczny PwC.

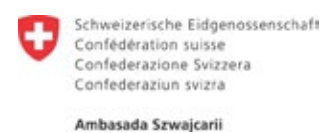
- *Polityka senioralna w Europie na przykładzie doświadczeń Szwajcarii. Wyzwania międzyresortowe w opiece senioralnej w Polsce. (2013)* – we współpracy z Sejmową Komisją Zdrowia pod przewodnictwem Posła Beaty Mateckiej-Libery
- **Hans Groth**, Prezes World Demographic & Ageing Forum,
- **Dr Ignazio Cassis**, lekarz, Członek Komisji Zdrowia Zgromadzenia Federalnego Szwajcarii.

- *Jak wdrożyć strategię walki z rakiem? Wyzwania, przed którymi stoi Polska. Szwajcarskie doświadczenia – implementacja reform systemowych, rola dialogu między interesariuszami. (2014)* – we współpracy z Parlamentarnym Zespołem ds. Onkologii pod przewodnictwem Posła Alicji Dąbrowskiej oraz Polskim Towarzystwem Onkologicznym
- **prof. Jakob Passweg**, Prezes Szwajcarskiej Ligi do Walki z Rakiem, ordynator Kliniki Hematologii Uniwersytetu Medycznego w Bazylei,
- **prof. Jacek Jassem**, Przewodniczący Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, Kierownik Kliniki Onkologii i Radioterapii Uniwersytetu Medycznego w Gdańsku,
- **Dr Beat Seiler**, Dyrektor Medyczny Helsana, największej kasy chorych w Szwajcarii.

• *Jak w Polsce leczymy raka? Dostępność nowoczesnego leczenia onkologicznego. (2015)* – we współpracy z Alivia – Fundacja Onkologiczna Osób Młodych

- **Prof. Francesco de Lorenzo**, Prezes Europejskiej Koalicji Chorych na Raka,
- **Martina Weiss**, Szefowa Działu Zakupów Leków i Usług Medycznych największej szwajcarskiej kasy chorych Helsana,
- **Bartosz Poliński**, Prezes Fundacji Alivia.

Patronat



Partnerami dotychczasowych edycji Polsko-Szwajcarskiego Forum Dialogu byli:

