**RAPORT Z REALIZACJI PROGRAMU LEKOWEGO\***

**Informacje ogólne:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Nazwa zespołu | Zespół Koordynacyjny ds. ………………………………. |
| 2. | Data sporządzenia | DD-MM-RRRR |
| 3. | Okres sprawozdawczy | DD-MM-RRRR – DD-MM-RRRR |

**Przebieg i postęp realizacji zadań zespołu w okresie sprawozdawczym Opis zrealizowanych zadań w okresie sprawozdawczym:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.** | **Liczba posiedzeń Zespołu:** |  |
| 1.1. | liczba posiedzeń stacjonarnych: |  |
| 1.2. | liczba posiedzeń w formule online: |  |
| **2.** | **Liczba omawianych wniosków:** |  |
| **3.** | **Liczba zakwalifikowanych do terapii, w tym:** |  |
| 3.1. | liczba pacjentów pierwszorazowo zakwalifikowanych do terapii: |  |
| 3.2. | liczba pacjentów, u których podjęto decyzję o kontynuacji leczenia w programie: |  |
| **4.** | **Liczba wniosków odrzuconych, w tym:** |  |
| 4.1. | liczba odrzuconych wniosków dla pierwszorazowo zgłoszonych pacjentów: |  |
| 4.2. | liczba odrzuconych wniosków o kontynuację leczenia w programie: |  |
| **5.** | **Liczba wniosków o wyłączenie pacjenta z terapii, w tym:** |  |
| 5.1. | z powodu rezygnacji pacjenta: |  |
| 5.2. | inne: (proszę wskazać)  1) ……………………………………………………………………………  2) …………………………………………………………………………… | 1) ……  2) …… |

**Informacja na temat odrzuconych wniosków:**

|  |  |
| --- | --- |
| **1.** | **Przyczyny odrzucenia wniosków o kwalifikację dla pacjentów pierwszorazowych:**  *- należy podać najczęstsze przyczyny*  *- informacje należy podawać w formie ogólnej* |
| **2.** | **Przyczyny odrzucenia wniosków o kontynuację leczenia pacjentów:**  *- należy podać najczęstsze przyczyny*  *- jeżeli przyczyną było pojawienie się działań niepożądanych proszę o podanie nazwy leku oraz działania niepożądanego wraz z podaniem liczby takich dyskwalifikacji*  *- informacje należy podawać w formie ogólnej* |

**Dodatkowe informacje na temat realizacji programu lekowego/programów lekowych w tym realizacji dodatkowych zadań przez Zespół Koordynacyjny w okresie sprawozdawczym**

|  |
| --- |
|  |

**Rekomendacje Zespołu Koordynacyjnego w zakresie proponowanych zmian w programach lekowych**

|  |
| --- |
|  |

**Informacje nt. skuteczności leczenia pacjentów w programie lekowym - opracowanie na podstawie danych będących w posiadaniu Zespołu Koordynacyjnego\*\***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| ……………………… |  | ……………………… |
| *data, podpis*  ***Przewodniczącego Zespołu*** |  | *data, podpis*  ***Kierownika Jednostki Koordynującej*** |

***WAŻNE!***

*\* Składany do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie art. 16b ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. 2023 r. poz. 826, z późn. zm.).*

*Uzupełniony raport należy złożyć do Prezesa Funduszu w terminach określonych w regulaminie prac Zespołu, wyłącznie za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, w tym poczty elektronicznej, w dwóch egzemplarzach. Jeden z egzemplarzy musi zostać przekazany w formie elektronicznej edytowalnej.*

*\*\* Zespół Koordynacyjny może wystąpić do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z wnioskiem o udostępnienie dodatkowych danych niezbędnych do opracowania raportu.*