

(8) カナダ調査結果のまとめ

1) CADTH

(CAD1=JPY79)

組織名: CADTH (Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health)

担当者: Karen M Lee (Director, Health Economics)

Matthew Brougham (Vice-président, Produit et Services)

Denis Bélanger (Director, Impact, Partnership and Outreach)

[A. 医療制度]

A-1. 医療制度の概要

A-1.1. 公的医療保障制度の財源は...

- おもに社会保険料
- おもに税金
- その他 (具体的に:)

医療費のうち、外来で処方される薬剤以外は、全国民が州政府ごとに運用されている公的医療制度でカバーされ、自己負担はない。州ごとに組織されており、オンタリオ州では OHIP (Ontario Health Insurance Plan)、ケベック州の AMQ (Assurance Maladie Québec)、ブリティッシュコロンビア州では MSP (Medial Service Plan) が該当する。入院時に使用される薬剤も、このシステムの中で給付される。

外来の薬剤については、民間保険ベースで給付されるのが原則であるが、退役軍人や先住民は連邦政府のプログラムにより給付される。低所得者や高齢者に対しては州政府が公的医療制度を準備している。オンタリオ州の Ontario Drug Benefit、ケベック州の Public Prescription Drug Insurance Plan などが該当する。なお州政府管轄の公的医療制度の対象となる基準は州ごとに異なっており、ブリティッシュコロンビア州の Pharma Care Program のように、全住民を対象とするシステムもある。

2009 年のカナダ全体での薬剤費支出 248 億ドルを財源別に見ると、公的セクターが 115 億ドル (46%)、民間保険が 90 億ドル (36%)、自己負担が 43 億ドル (17%) をそれぞれ占めてい

る。

A-1.2. 民間の保険会社の役割とは?

- 国民全員が (もしくは大多数が) 公的な医療制度で保障されており、民間保険に加入しているものはほとんどいない。
- 国民全員が (もしくは大多数が) 公的な医療制度で保障されているが、個人の自己負担額を減らすために民間保険会社もしばしば利用されている。
- 公的医療制度のみに加入している人と、民間保険のみに加入している人と分かれている。
- その他

前述のように、公的医療制度が原則外来薬剤を給付対象にしていなため、この部分を民間保険で補填することが基本となる。雇用主が被用者を民間保険に加入させることが基本だが、自営業者などの場合、外来薬剤については「無保険」になることもあり得る。

A-1.3. 患者が負担する医療費について (制度がより複雑であったり、例外が存在する場合は具体的に記入してください):

- 自己負担制度を採用しており、負担割合は高齢者が % それ以外の方は%と設定している。
- 控除制度を採用しており、負担金額は高齢者が __ それ以外の方は __ と設定している。
- 基本的に存在しない (無料)

外来薬剤以外の部分は、無料で給付される。外来薬剤の給付制度は、州によって自己負担の金額・上限ともに異なる。

A-2. 薬価制度の概要

A-2.1. 薬価は... (制度がより複雑であったり、例外が存在する場合は具体的に記入してください),

- 製薬会社が薬価を設定する (規制の有無: あり)

特許のある新薬には、製薬会社自身が薬価を設定できる。

- 政府機関においてほとんどの薬価の設定をする
- 第三者機関が薬価設定を行う (具体的に:)

A-2.2. 薬価設定方法について

薬価設定方法について詳しくご説明ください。

(例： 薬価の決定方法, 設定に際して参考にする国...)

新薬の上市の際には、PMPRB (Patented Medicine Prices Review Board)が価格を審査し、カナダにおける「上限価格 (Maximum Allowable Price)」を決定する。上限価格の設定では、画期的な新薬の場合は欧米7カ国(イタリア・フランス・英国・スウェーデン・スイス・ドイツ・米国)での価格の中央値が、類似の既存薬がある場合は、同種の治療薬の価格も合わせて参考にされる。なおPMPRBは医薬品の価格のみに着目しており、その費用対効果は考慮されない。

後発医薬品の先発品に対する価格の割合は、州毎に異なる。

なおPMPRBが定めるのはあくまで上限価格であり、病院・保険者と製薬会社との取り決めで、これより低い価格を設定することも可能である。

A-3. 薬剤給付

A-3.1. 給付リストの仕組み

ネガティブリストシステム

具体的に保障適応外の薬剤タイプを挙げてください:

ポジティブリストシステム

保障適応されている薬剤タイプを挙げてください:

A-3.2. 患者が負担する薬剤費について(制度がより複雑であったり、例外が存在する場合は具体的に記入してください)

自己負担制度を採用しており、負担割合は高齢者が __% それ以外の方は __%と設定している。

控除制度を採用している。

無料

入院時の医薬品については無料。外来の医薬品の自己負担割合は、公的医療制度でも州ごとに異なる。

[B. 組織について]

B-1. 設立年

HTA 組織を発足させたのは何年ですか?

1990 年、CCOHTA (Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment) として設立。同年から医療機器の評価を開始。その後 1993 年から薬剤の評価を開始。

2002 年より、公的医療制度での給付の可否を評価・推奨する Common Drug Review の発行を開始。

2006 年、CCOHTA から CADTH に改組。

B-2. 組織設立の目的・背景

質を保ちつつ、持続可能な医療システムの提供を目指す。

B-3. 組織の主な業務

あなたの組織や他の HTA 組織・部門の業務内容を教えてください。

意思決定者に対して、ヘルスケアに関するエビデンスの提供・解析・償還の推奨などを行う。

B-4. 組織形態

あなたが所属している組織は

行政組織の一部

国家機関

an agency

NPO 法人

その他 (具体的に: _____)

B-5. 予算

B-5.1. 予算規模

HTA組織全体の年度予算、またそのうちの経済評価部門の年度予算は、それぞれいくら位に設定していますか？

組織全体で年間 2,200 万ドル (20 億円)。

経済評価部門で独立した予算システムはとっていないが、CADTH に所属する 51 人の研究者のうち経済評価を専門とするのは 5 人である。

B-5.2. 資金源

・資金は政府とその他、政府のみ、またはその他のみ、から提供されますか？

・資金は製薬会社から提供されますか (もしくは業界団体)？

・製薬会社はレビュープロセスにかかる費用の負担をしますか？

資金はすべて連邦政府 (78%) および州政府 (22%) から提供される。

レビュープロセスについて、製薬会社の費用負担はない。

B-6. 職員

B-6.1. 職員数

・HTA組織で働いている職員は何名位ですか？

常勤換算で 140 名。

・事務職の方の割合はどのくらいですか？

HTA 部門専門の事務職は存在しない。

・経済評価、医療技術評価にかかわっている職員は何名ですか？

経済評価を専門とする研究者は 5 名。ただし、他分野の研究者 (Research Officer 6 名・Clinical Reviewer 26 名・Information Specialist 14 名)も、何らかの形で評価に関わっている。

B-6.2. 非事務職員以外の内訳

御社で働いている、事務職員以外の方はそれぞれ何名ですか (例：医療経済学者、生物統計学者、疫学研究者など)

医師 4 名・薬剤師 16 名・看護師 5 名・歯科医師 1 名など。

[C. 評価方法]

C-1. 経済的評価の手法/ガイドラインの有無

推奨する経済評価手法やガイドラインがありますか? はいと答えた方：詳しくご説明ください。もしくは、URL をお書きください。

推奨される効用値測定、割引率、分析の視点、標準的な医療費単価表などがあればご説明ください。

2006 年に発行したガイドラインあり。

http://www.cadth.ca/media/pdf/186_EconomicGuidelines_e.pdf

分析の視点: 公的医療制度 (publicly funded healthcare system)。

分析手法: 適切なアウトカム指標を採用して分析。ただし、提出された「完全な経済評価」のほとんど (95%) は費用効用分析 (CUA)

割引率: ベースラインで 5%, 感度分析で 0-3%。

C-2. 評価方法の詳細

C-2.1. 評価のタイミング

新薬承認前

新薬承認から上市までの期間中

上市後

PMPRB の上限価格決定後に、CADTH の評価を実施するのが基本だが、PMPRB と CADTH に同時に審査・評価を申請することも可能。ただし CADTH の Common Drug Review の結果

は、上市までは発表されない。

C-2.2. 評価対象となる技術

医療技術はすべて経済評価によって評価されていますか？

公的医療制度での給付を希望する場合、実質的にはすべての新薬について経済評価が添付されている。医薬品以外の医療技術についても、必要に応じて CADTH が経済評価を実施する。

ただし抗がん剤の場合は、CADTH からの CDR ではなく、pCODR (pan-canadian oncology drug review)がその役割を果たす。

もしすべての技術が対象でないのならば、誰がどのように、対象となる医療技術を決めますか？

どの医療技術が対象となっていますか？

C-2.3. 評価プロセス

C-2.3.1. 評価の流れ

評価のプロセスについてご説明ください。また可能であればプロセスの一連の流れを示すダイアグラムもお描きください。

製薬会社が提出した経済評価のデータに CADTH 内で批判的吟味を加え、臨床的重要性に関する Clinical Review と合わせて CADTH の諮問委員会である CDEC(Canadian Drug Expert Committee)に回送される。CDEC は Pharmacoeconomic review と Clinical review (主にシステマティック・レビューからなる)の双方を参考に、推奨の可否を判断する。

C-2.3.2. 経済評価の分析者

経済評価は誰によって行われますか？(例：製造業者、第三者機関、学術研究者など)

製薬企業が行う。

C-2.3.3. レビューの担当者

・提出された経済評価は誰によってレビューされますか? (例: 組織のメンバー, 学術研究者など)

CADTH 内の医療経済学者によってレビューされる。

C-2.3.4. 外部の大学・研究機関の関与

学術研究グループは評価プロセスに係わっていますか?

はいと答えた方: どのように係わっていますか?

学術研究グループは、組織にどの程度係っていますか? (個別の作業プロセスではなく)

完全に外部の研究者に委託するのではなく、CADTH 内の専門家と外部の研究者が共同で評価を実施する。

C-2.3.5. 一般市民の関与

市民団体や患者グループの関与は評価プロセスに係わっていますか?

はいと答えた方: どのように係わっていますか? ご説明ください。

関わっていない。ただし、進行中のレビューに対し”Patient Group Input”を CADTH に提出することは可能である。

C-2.4. 評価に要する期間

20-26 週間

C-3. 閾値

・経済評価で使用する際に、参考になっている閾値はありますか?

・はいと答えた方: それらのおおよその値はどのくらいですか?

いいえと答えた方: どのように医療技術の費用対効果を判断されますか?

明示的な閾値は存在しない。(CAD50,000-70,000/QALY が目安と考えられている。)

C-4. 評価の有効期限

・評価に期限は存在しますか?

・はいと答えた方：期限はどのくらいですか?

期限はない。

C-5. 完了した評価

C-5.1. 完了した評価の数

2012年8月現在、230件の評価が完了している。

2009年までに完了した149件のうちでは、条件なしの推奨が16%、条件付き推奨が33%、非推奨が51%を占める。

C-5.2. 対象となった医療技術のリスト

C-5.3. 評価結果のリスト

ともに、www.cadth.ca/en/products/cdr から入手できる。

[D. 意思決定への応用]

D-1. 評価の意思決定への適用方法

・経済評価又はHTAはどのように活用されていますか? (例：償還、薬価決定など)

・意思決定者はどの程度評価結果を活用していますか? (例：必須、任意など)

CADTH の出した推奨結果は、ケベック州以外のカナダの各州で、公的医療制度での償還の可否の判断に用いられる。

ただし拘束力はなく、また CADTH の意思決定は budget impact を考慮していないため、州の財政状況に応じて CADTH が推奨した医薬品でも償還されないことはあり得る。

逆に、CADTH が「非推奨」とした医薬品でも、製薬会社との独自の価格引き下げ交渉を通して、使用が可能となった例もある。

D-3. 評価を用いた意思決定のプロセス

・評価結果を踏まえた上で行う意思決定プロセスの流れを、可能であればダイアグラムも含めてご説明ください。

CADTH の出した推奨結果は、ケベック州以外のカナダの各州で、公的医療制度での償還の可否の判断に用いられる。

D-4. 肯定的/否定的な評価結果の場合の対応

良い評価、悪い評価、それぞれどのように対処されますか？ また、これらの結果は、（意思決定プロセスの？）どのプロセスに、どのように影響しますか？

D-5. あなたの組織に対する一般市民や患者グループからのフィードバック（特に、否定的な意見に関して）

一般市民、患者グループの方々は、経済評価/HTA を基にした決定（特に否定的な評価）に対しどのような反応を示しますか？

希少疾病に用いられる医薬品について、CADTH の非推奨の決定が議論を呼んだ例はある。ただし、CADTH の推奨結果は各州の公的医療制度での給付の是非を直接拘束するものではないため、通常は大きな問題とはならない。

D-6. 評価と意思決定の例

・腎細胞癌に対するスニチニブ（® Sutent）の例を使って、評価と意思決定プロセスについて詳しくご説明ください。

2007 年 4 月に、非推奨の決定がなされた。理由として、適切な RCT が存在しないことと、製薬会社が提出した経済評価の不確実性が大きく、費用対効果の推計が難しいことが挙げられている。なお GIST に対しては 2007 年 3 月に限定つき（イマチニブ不応の患者に限定。なおかつ、増悪したら中止）で推奨されている。

http://www.cadth.ca/media/cdr/complete/cdr_complete_Sutent_March-28-07.pdf

http://www.cadth.ca/media/cdr/complete/cdr_complete_Sutent_e_April-26-2007%20.pdf

同様に、長時間作用型インスリンラルギン (®Lantus) と、インスリンデテミール (®Levemir) についても評価と意思決定プロセスについて詳しくご説明ください。

いずれの薬剤も、臨床的重要性が不確実で、かつ費用対効果が悪い (CDR のレビューでは、1 型・2 型糖尿病患者に対する Levemir の ICER はそれぞれ 20 万ドル・17 万ドル/QALY と評価。Lantus は「不確実」とのみ言及)ことを理由に、非推奨としている。

http://www.cadth.ca/media/cdr/complete/cdr_complete_Levemir_Resubmission_Adults_August_20-2009.pdf

http://www.cadth.ca/media/cdr/complete/cdr_complete_Lantus_Oct25-06.pdf

2) INESSS

(CAD1=JPY79)

組織名: INESSS (L'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux)

担当者: Dima Samaha (Chercheure-consultante)

Carole Marcotte (Directrice)

[A. 医療制度]

A-1. 医療制度の概要

A-1.1. 公的医療保障制度の財源は...

- おもに社会保険料
- おもに税金
- その他 (具体的に:)

医療費のうち、外来で処方される薬剤以外は、全国民が州政府ごとに運用されている公的医療制度でカバーされ、自己負担はない。ケベック州では AMQ (Assurance Maladie Québec) が該当する。入院時に使用される薬剤も、このシステムの中で給付される。

外来の薬剤については、民間保険ベースで給付されるのが原則であるが、退役軍人や先住民は連邦政府のプログラムにより給付される。低所得者や高齢者に対しては州政府が公的医療制度・Public Prescription Drug Insurance Plan (フランス語: Régie de l'assurance maladie du Québec: RAMQ)を準備している。

A-1.2. 民間の保険会社の役割とは?

- 国民全員が (もしくは大多数が) 公的な医療制度で保障されており、民間保険に加入しているものはほとんどいない。
- 国民全員が (もしくは大多数が) 公的な医療制度で保障されているが、個人の自己負担額を減らすために民間保険会社もしばしば利用されている。
- 公的医療制度のみに加入している人と、民間保険のみに加入している人と分かれている。
- その他

前述のように、公的医療制度が原則外来薬剤を給付対象にしていなかったため、この部分を民間保険で補填することが基本となる。雇用主が被用者を民間保険に加入させることが基本だが、自営業者などの場合、外来薬剤については「無保険」になることもあり得る。

A-1.3. 患者が負担する医療費について (制度がより複雑であったり、例外が存在する場合は具体的に記入してください):

- 自己負担制度を採用しており、負担割合は高齢者が % それ以外の方は%と設定している。
- 控除制度を採用しており、負担金額は高齢者が __ それ以外の方は __ と設定している。
- 基本的に存在しない (無料)

外来薬剤以外の部分は、無料で給付される。外来薬剤について、1ヶ月の自己負担金額は以下の通り。

0歳-64歳:免責額 16.25 ドル+自己負担割合 32%。上限 82.66 ドル

65歳以上:免責額 16.25 ドル+自己負担割合 32%。上限 50.97 ドル

A-2. 薬価制度の概要

A-2.1. 薬価は... (制度がより複雑であったり、例外が存在する場合は具体的に記入してください),

- 製薬会社が薬価を設定する (規制の有無:あり)

特許のある新薬には、製薬会社自身が薬価を設定できる。

- 政府機関においてほとんどの薬価の設定をする
- 第三者機関が薬価設定を行う (具体的に: _____)

A-2.2. 薬価設定方法について

薬価設定方法について詳しくご説明ください。

(例: 薬価の決定方法, 設定に際して参考にする国...)

新薬の上市の際には、PMPRB (Patented Medicine Prices Review Board)が価格を審査し、カナダにおける「上限価格 (Maximum Allowable Price)」を決定する。上限価格の設定では、画期的な新薬の場合は欧米7カ国(イタリア・フランス・英国・スウェーデン・スイス・ドイツ・米国)での価格の中央値が、類似の既存薬がある場合は、同種の治療薬の価格も合わせて参考にされる。なお PMPRB は医薬品の価格のみに着目しており、その費用対効果は考慮されない。

A-3. 薬剤給付

A-3.1. 給付リストの仕組み

- ネガティブリストシステム

具体的に保障適応外の薬剤タイプを挙げてください:

- ポジティブリストシステム

保障適応されている薬剤タイプを挙げてください:

A-3.2. 患者が負担する薬剤費について(制度がより複雑であったり、例外が存在する場合は具体的に記入してください)

- 自己負担制度を採用しており、負担割合は高齢者が __% それ以外の方は __%と設定している。
- 控除制度を採用している。
- 無料

入院時の医薬品については無料

[B. 組織について]

B-1. 設立年

HTA 組織を発足させたのは何年ですか?

INESSS は、2011 年に Conseil du médicament (2003 年に設立。母体は 1972 年設立の Conseil Consultatif de Pharmacologie. 医薬品の給付可否を評価)と AETMIS (Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé ,2000 年に設立。母体は 1988 年設立の Conseil d'évaluation des technologies de la Santé. 医療機器の給付の可否を評価)を統合して設立。

B-2. 組織設立の目的・背景

質を保ちつつ、持続可能な医療システムの提供を目指す。

B-3. 組織の主な業務

あなたの組織や他の HTA 組織・部門の業務内容を教えてください。

保険給付の可否を推奨すると共に、診療ガイドラインも発行する。

B-4. 組織形態

あなたが所属している組織は

行政組織の一部

国家機関

an agency

NPO 法人

その他 (具体的に:)

B-5. 予算

B-5.1. 予算規模

HTA 組織全体の年度予算、またそのうちの経済評価部門の年度予算は、それぞれいくら位に設定していますか?

組織全体で年間 1,200 万ドル (20 億円)。

経済評価部門で独立した予算システムはとっていないが、CADTH に所属する 51 人の研究者のうち経済評価を専門とするのは 5 人である。

B-5.2. 資金源

・資金は政府とその他、政府のみ、またはその他のみ、から提供されますか?

・資金は製薬会社から提供されますか (もしくは業界団体)?

・製薬会社はレビュープロセスにかかる費用の負担をしますか?

資金はすべてケベック州政府から提供される。

レビュープロセスについて、製薬会社の費用負担はない。

B-6. 職員

B-6.1. 職員数

HTA組織で働いている職員は何名位ですか?

研究員 114 名, 事務部門 44 名

事務職の方の割合はどのくらいですか?

経済評価、医療技術評価にかかわっている職員は何名ですか?

B-6.2. 非事務職員以外の内訳

・御社で働いている、事務職員以外の方はそれぞれ何名ですか (例: 医療経済学者, 生物統計学者, 疫学研究者など)

[C. 評価方法]

C-1. 経済的評価の手法/ガイドラインの有無

推奨する経済評価手法やガイドラインがありますか? はいと答えた方: 詳しくご説明ください。
もしくは、URL をお書きください。

・推奨される効用値測定、割引率、分析の視点、標準的な医療費単価表などがあればご説明くだ

さい。

INESSS で独自のガイドラインを定めてはいない。ただし、製薬会社の手続を記した
“Selecting Medication for Coverage in Quebec”

<http://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuAdmin/Selecting-medication-coverage.pdf>

では、経済評価については CADTH の推奨する方法に基づき、かつ社会の立場から実施すべきとされている。分析手法に関して(CEA や CUA など)推奨はない。割引率は 5%。

C-2. 評価方法の詳細

C-2.1. 評価のタイミング

- 新薬承認前
- 新薬承認から上市までの期間中
- 上市後

PMPRB の上限価格決定後に、INESSS の評価を実施するのが基本で、CADTH のような「PMPRB と INESSS に同時に審査・評価申請」は不可能。ただし、審査期間を短縮する priority evaluation のシステムがある。

C-2.2. 評価対象となる技術

医療技術はすべて経済評価によって評価されていますか？

医薬品については、RAMQ での給付を希望するすべての医薬品が評価対象となる。医療技術については、臨床上の必要性に応じて評価がなされる。CADTH とは異なり、抗がん剤も含めてすべての医薬品を INESSS が評価する。

もしすべての技術が対象でないのならば、誰がどのように、対象となる医療技術を決定しますか？

どの医療技術が対象となっていますか？

C-2.3. 評価プロセス

C-2.3.1. 評価の流れ

・評価のプロセスについてご説明ください。また可能であればプロセスの一連の流れを示すダイアグラムもお描きください。

医薬品: 給付を希望する医薬品について、製薬会社が経済評価のデータを提出し、それを INESSS が評価する。なお CADTH とは異なり、budget impact のデータも提出する必要がある。

医薬品以外: ステークホルダーからの要望に応じて、INESSS の委員会 “Advisory board (Table de concertation)” が優先順位をつけ、評価を行う。

C-2.3.2. 経済評価の分析者

・経済評価は誰によって行われますか? (例: 製造業者, 第三者機関, 学術研究者など)

医薬品: 製薬企業が行う。

医薬品以外: INESSS と大学とで協働して行う。

C-2.3.3. レビューの担当者

・提出された経済評価は誰によってレビューされますか? (例: 組織のメンバー, 学術研究者など)

INESSS のメンバーと、2つの Scientific committee (Technology in the health and social services sectors / Drug selection) のメンバーとで実施する。Scientific committee のメンバーには、学者・医師・倫理専門家・病院経営者・一般市民代表が含まれる。

C-2.3.4. 外部の大学・研究機関の関与

・学術研究グループは評価プロセスに係わっていますか?

・はいと答えた方: どのように係わっていますか?

学術研究グループは、組織にどの程度係わっていますか? (個別の作業プロセスでは

なく)

外部の研究者が”Expert Panel”を構成しており、必要に応じて共同で評価を実施する。

C-2.3.5. 一般市民の関与

・市民団体や患者グループの関与は評価プロセスに係わっていますか?

・はいと答えた方：どのように係わっていますか? ご説明ください。

2つの Subcommittee それぞれに、市民代表が 2 人ずつ参加している。

また評価対象の技術の優先順位を考慮する段階で、患者団体が”Patient Input”を Advisory Board に提出することも可能である。

C-2.4. 評価に要する期間

医薬品: 3-4 ヶ月

医療技術: 6-15 ヶ月

C-3. 閾値

経済評価で使用する際に、参考になっている閾値はありますか?

はいと答えた方：それらのおおよその値はどのくらいですか?

いいえと答えた方：どのように医療技術の費用対効果を判断されますか?

経済性のみをもって給付の可否を決定するわけではないため、明確な閾値は存在しない。

C-4. 評価の有効期限

・評価に期限は存在しますか?

・はいと答えた方：期限はどのくらいですか?

期限はない。

C-5. 完了した評価

C-5.1. 完了した評価の数

2000年から、医薬品と医療技術とを合わせて、142件の評価が完了している。

C-5.2. 対象となった医療技術のリスト

C-5.3. 評価結果のリスト

www.inesss.qc.ca/index.php?id=49 から入手できる。

[D. 意思決定への応用]

D-1. 評価の意思決定への適用方法

- ・経済評価又はHTAはどのように活用されていますか? (例: 償還、薬価決定など)
- ・意思決定者はどの程度評価結果を活用していますか? (例: 必須、任意など)

RAMQでの償還の可否を決める際に、INESSSの評価結果を考慮する。

D-3. 評価を用いた意思決定のプロセス

- ・評価結果を踏まえた上で行う意思決定プロセスの流れを、可能であればダイアグラムも含めてご説明ください。

D-4. 肯定的/否定的な評価結果の場合の対応

- ・良い評価、悪い評価、それぞれどのように対処されますか? また、これらの結果は、(意思決定プロセスの?) どのプロセスに、どのように影響しますか?

D-5. あなたの組織に対する一般市民や患者グループからのフィードバック (特に、否定的な意見に関して)

- ・一般市民、患者グループの方々は、経済評価/HTAを基にした決定(特に否定的な評価)に対しどのような反応を示しますか?