

VIII Międzynarodowe Sympozjum
8th International Symposium
Evidence-Based Health Care

HTA & Efficient & Management

of
Basic
Benefit
Package



Prelegenci / **Speakers:**

Mykhailo Aristov
Hanne Bak Pedersen
Stefan Bogusławski
Krzysztof Bukiel
Stephen Campbell
Eduardo Diogene
Karen Facey
Brian Godman
Clifford Goodman
Maciej Górkiewicz
Karina Jahnz-Różyk
Michał Jakubczyk
Patrik Jonsson
Roberta Joppi
Lyazzat Kosherbaeva
Konstantin Kosyachenko
Małgorzata Leźnicka
Krzysztof Łanda
Rickard Malmstrom
Wojciech Matuszewicz
Maciej Niewada
Rafał Niżankowski
Inger Norderhaug
Adam Pustelnik
Alric Reuther
Ad Schuurman
Artur Smolarek
Tomasz Szelański
Tadeusz Szumlicz
Domenik Tomek
Magdalena Władysiuk
Miroslaw Wysocki

Preliminary programme



Po raz pierwszy w Warszawie
First time in Warsaw



międzynarodowe/
international



200 osób/for 200
participants



tłumaczenie
symultaniczne
/translations



znani eksperci/
well known
experts



hippisowska
gala dinner/
hippie style



znizki dla
instytucji
publicznych

Szanowni Państwo,
W imieniu Stowarzyszenia CEESTAHC serdecznie zapraszamy do udziału w:

**VIII Międzynarodowym Sympozjum
Evidence-Based Health Care**
pt. „HTA & Efficient Management
of Basic Benefit Package”,

które odbędzie się w Warszawie w dniach 7-8 października 2013 roku.

Nawet najlepiej rozwinięte i najbogatsze kraje wielką wagę przykładają do racjonalnego wydatkowania środków na ochronę zdrowia, gdyż wobec obecnego rozwoju technologii na opiekę zdrowotną można wydać każdą ilość pieniędzy. Dobre funkcjonowanie narzędzi, które pozwalają na racjonalne wydatkowanie środków finansowych na ochronę zdrowia powinno stać się priorytetem polityki zdrowotnej.

Ten tekst od ponad 10 lat powtarzamy jak mantrę w licznych opracowaniach, prezentacjach, analizach, raportach i wydawnictwach Stowarzyszenia CEESTAHC. I mimo upływu lat, mimo zapowiedzi rządzących wprowadzenia ostatecznego i jedynego słusznego rozwiązania, mimo wyborczych obietnic zrewolucjonizowania istniejących mechanizmów, mimo poparcia w każdej stronie sceny politycznej, mimo głosów z górnych i dolnych szczebli administracyjnych samego systemu ochrony zdrowia, **polski koszyk świadczeń nadal nie jest ani podstawowym, ani wydajnym, ani chociaż przejrzystym narzędziem racjonalizacji wydatków w publicznej ochronie zdrowia.**

Zmagania z polskim koszykiem sięgają wielu lat wstecz, lecz dopiero w 2005 roku, wraz z powstaniem Agencji Oceny Technologii Medycznych, rozpoczęto dyskusję nad koszykiem świadczeń.

Wszelkie prezentowane wersje koszyka świadczeń budziły wiele negatywnych emocji, związanych zarówno z jego zawartością merytoryczną, jak i sposobem wprowadzania nowych świadczeń oraz zarządzaniem nimi. Poza zwyczajnymi „chorobami wieku dziecięcego” polski koszyk świadczeń był od początku narażony na naciski polityków, grup interesów

Ladies and Gentlemen,
On behalf of CEESTAHC we invite you heartily to take part in:

**the 8th International Symposium
Evidence-Based Health Care**
titled „HTA & Efficient Management
of Basic Benefit Package”

which will be held in Warsaw on October 7-8, 2013 in the Hyatt Regency Warsaw Hotel.

Even the most developed and richest countries pay particular attention to rational utilization of resources in health care as, due to development of new health technologies, any amount of money may be spent on health care. Appropriate functioning of tools that allow for rational expenditure in health care should become a priority of health care policy.

For more than 10 years we have repeated this text like a mantra in numerous articles, presentations, analyses, reports, and publications of CEESTAHC. And, despite passing years, despite the government's announcements of introduction of the ultimate and only right solution, despite electoral promises of revolutionizing the existing mechanisms, despite support from every corner of the political scene, despite voices from upper and lower levels of administration of the health care system itself, **the Polish benefit package is neither a basic, nor efficient, nor even transparent tool for rationalization of expenses in public health care.**

Struggles with the Polish benefit package have lasted many years, but only in 2005, with foundation of the Agency for Health Technology Assessment in Poland, the discussion on the benefit package actually began.

All proposed versions of the benefit package raised negative emotions, related to both its content and the methods of introduction and management of new services. In addition to typical “teething problems”, the Polish benefit package has been exposed since the beginning to the pressure of politicians and interest groups, and carelessness due to haste. The fair benefit package concept was also marred

i zaniedbania wynikające z pośpiechu. Spora ryse na szlachetnej koncepcji koszyka zostały również liczne protesty grup społecznych, które poczuły się pominięte, skrzywdzone lub oszukane w wyniku ogłaszania kolejnych zmian regulacji refundacyjnych.

Jesteśmy dalecy od próby oceny tych działań, ale uważamy, że burzliwa historia polskiego koszyka świadczeń jest bezcenną lekcją, z której należy wyciągnąć wnioski. Najważniejszy z nich brzmi: **Nie da się samotnie stworzyć dobrego koszyka świadczeń.**

Historia pokazała, że próby odgórnego wprowadzenia na szybko „jedynego słusznego” rozwiązania kończyły się tworzeniem mało jasnych reguł włączania i wykluczania świadczeń, brakiem uwzględnienia czynników ekonomicznych, błędami w komunikacji ze społeczeństwem oraz narażeniem na ogromny stres, a czasem nawet na niewłaściwą opiekę, części pacjentów.

Zaplanowane sesje są wyrazem naszego zamiaru uczynienia VIII edycji Sympozjum EBHC platformą porozumienia wszystkich stron żywotnie zainteresowanych powstaniem w Polsce optymalnego koszyka świadczeń z solidnymi mechanizmami regulacyjnymi.

1. Rola Agencji HTA w systemie ochrony zdrowia (sesja AOTM – **wstęp wolny**)
2. Zdrowie Publiczne
3. Ubezpieczenia a kształt koszyków świadczeń – część I
4. Ubezpieczenia a kształt koszyków świadczeń – część II
5. Rola pacjenta – jak ze sobą się komunikować
6. Wycena świadczeń i zarządzanie koszykiem
7. Reformy w systemach ochrony zdrowia
8. Rola badań nieeksperymentalnych w podejmowaniu decyzji w ochronie zdrowia

Liczymy na zainteresowanie i wsparcie kolegów z krajów CEE oraz innych części Świata. Zapraszamy!

by numerous protests of social groups who felt omitted, harmed, or cheated by subsequent announced changes of reimbursement regulations.

We are far from trying to assess these actions; however, we believe that turbulent history of the Polish benefit package is a priceless lesson from which conclusions should be drawn. Of these, the most important is: **One cannot create a good benefit package alone.**

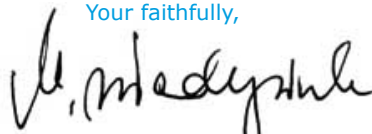
History demonstrated that attempts to introduce quickly “the only right” solution ended with creation of unclear rules of inclusion and exclusion of services, negligence of economic factors, errors in communication with the society, and exposure of many patients to enormous stress or even inadequate care.

The planned sessions express our intention to make the 8th edition of the EBHC Symposium a platform of agreement for all parties substantially interested in introduction of optimal benefit package with sound regulatory mechanisms in Poland.

1. The role of the HTA agency in a health care system (**fee free session**)
2. Public Health
3. Health insurances and benefit packages – part I
4. Health insurances and benefit packages – part II Patient involvement in HTA – how to communicate?
5. The valuation of services in the benefit package
6. Reforms in health care systems
7. The role of non-experimental studies in medical decision proces

We hope for the interest and support of colleagues from the CEE countries and other parts of the world. We invite you heartily!

Łączę wyrazy szacunku,
Your faithfully,



Magdalena Władysław
Prezes CEESTAHC / President of CEESTAHC

1. Rola Agencji HTA w systemie ochrony zdrowia

Podstawowym celem działania Agencji Oceny Technologii Medycznych jest pełnienie przez nią funkcji wartowniczej, polegającej na eliminacji o nieudowodnionej skuteczności lub nieopłacalnych świadczeń zdrowotnych z zakresu finansowanego ze środków publicznych. Ważna rola Agencji HTA w systemie wynika przed wszystkim z faktu, że stanowi ona administracyjne, względnie niezawodne narzędzie oceny dostarczające informacji o efektywności klinicznej oraz opłacalności, testów czy urządzeń diagnostycznych, wyrobów medycznych oraz metod, czy innych technologii medycznych (w tym programów zdrowotnych). Jej podstawową rolą jest, więc zapewnienie szeroko rozumianemu pacjentowi dostępu do rzetelnej i obiektywnej informacji o potencjalnie refundowanych produktach czy usługach. Agencja Oceny Technologii Medycznych winna się posługiwać, co stanowi jej niezaprzeczalny atut, obiektywnym aparatem naukowym, przez co jej opinie czy ekspertyzy mają walor badań naukowych w sensie, jaki to ujmują nauki ścisłe (powtarzalności, pewność oceniania za pomocą statystycznych narzędzi). **Wysoka pewność opinii przygotowywanych przez Agencję HTA jest jednym z koronnych argumentów za jej powołaniem. Główną siłą Agencji jej niezależność od wpływów bieżącej polityki czy lobbingu przemysłu farmaceutycznego.**

Na tle wielu innych krajów zachodnich Polska nadal wypracowuje jasne i przejrzyste system „krytycznej oceny” jako element EBHC (Evidence Based Health Care). Jednocześnie w okresie przejrzystości i racjonalności w podejmowaniu decyzji refundacyjnych i cenowych, to z całą pewnością jest liderem w regionie Centralnej i Wschodniej Europy. Istotne jest patrzenie na rozwój polskich rozwiązań w perspektywie 10-12 lat i poprzez fakt przejścia całkowitej uznaniowości (bez uzasadnienia, analiz HTA, bez wypełniania przepisów Dyrektywy Transparentności). Obecnie rekomendacje AOTM (najczęściej spójne ze stanowiskami Rady Przejrzystości)

1. The role of the HTA agency in a health care system

The primary activity of the Health Technology Assessment Agency is to be a guard that means elimination of health benefits with unproved effectiveness or that which are not economically efficient and were financed from the public sources. The important role of the HTA agency in the system is due to the fact that it is an administrative, relatively independent tool of assessment that gives the information about clinical effectiveness and economical efficiency of tests and diagnostic equipment, medical items and methods or other medical technologies (including health programs). Its primary role, therefore, is to provide broadly understood access for the patient to the reliable and objective information about potentially refunded products or services. The Health Technology Assessment Agency should use, what makes its undisputable advantage, objective scientific approach. Through that its expert opinions have value of scientific research in a sense that is defined by science (repeatability, reliability of evaluation using statistical tools). **High reliability of opinions prepared by the HTA agency is one of the crucial argument for the establishment of that body. The major force of the agency is an independence from influences of current political issues or pharmaceutical lobbying.**

In comparison to many western countries Poland still works on clear and transparent system of “critical appraisal” as a part of the EBHC (the Evidence Based Health Care). At the same time, in terms of transparency and reliability in decision making process about refunds and prices, Poland is certainly the leader in Central and Eastern Europe. It is important to watch the development of Polish solutions in perspective of 10-12 years and by the fact of the discretion transition (without justification, analysis, the HTA, without fulfilling the provisions of Transparency Directive). Current recommendations of the HTA (usually in compliance with the opinion of the Transparency Council) are most often taken under

są najczęściej brane pod uwagę w przypadku negocjacji przez Komisję Ekonomiczną. Badając system w Polsce nie tylko warto wiedzieć czym jest HTA, ale również jakie podstawy legły u podstaw dyskusji społecznych, co do kształtu agencji HTA w Polsce i sposobu podejmowania decyzji refundacyjnych czy cenowych – jakie wzorce ze świata brano pod uwagę, a jakie z pełną premedytacją odrzucono.

Celem sesji jest pokazanie modeli zarządzania Agencjami HTA na świecie i porównanie osiągnięć naszego regionu z zmianami jakie toczą się w Europie Zachodniej (Niemcy, Francja, Wielka Brytania, Australia). W ramach sesji zostaną przedstawione wyniki porównania działania Agencji – ich zadań, typów rekomendacji oraz ewentualnie jaki jest ich wpływ na kształt koszyka, czyli bezpośrednio kształtowanie się koszyka świadczeń gwarantowanych. Zaprezentowane zostaną rozwiązania (modele) agencji HTA funkcjonujące w różnych państwach świata, ze wskazaniem na pozytywne oraz minusy tego modelu.

Uwaga! Na tę sesję wstęp wolny!

consideration in case of negotiations by the Economy Committee. Studying the system in Poland not only is it important to know what is the HTA, but also what issues were the base of social discussions, according to the shape of the HTA agency in Poland and way of taking decisions about refunds or prices – what patterns from the world were taken under consideration, and what were rejected deliberately.

The aim of the session is to show management models for the HTA agencies in the world and comparison of the achievements of our region to changes which have been taking place in Western Europe (Germany, the UK, Australia). During the session there will be presented results of the comparison of the Agency activities – its duties, types of recommendation and eventually what is its impact on the shape of health benefits basket, which means the direct formation of guaranteed services basket. There will be presented solutions (models) of the HTA agency present in different countries with an indication of the advantages and drawbacks of this model.

Fee free session!



2. Zdrowie Publiczne

W związku z zmianami w finansowaniu świadczeń zdrowotnych pojawia się dyskusja dotyczące szeroko pojętego kształtu systemu poprzez spojrzenie na kwestię profilaktyki pierwotnej szeroko pojętej (domena zdrowia publicznego), medycyny naprawczej (ostrej) oraz opieki długoterminowej. Oprócz narodowych programów (skrinnigi przesiewowe, kalendarze szczepień) od lat 70-tych wdrażane coraz liczniejsze programy edukacyjne, promocyjne dotyczące zdrowia populacji czy badania w celu prewencji chorób sercowo naczyniowych, czy innych chorób przewlekłych. W ramach tych programów oprócz szczegółowo opisanej metodyki coraz częściej rozważane są aspekty możliwości oceny skuteczności ich wdrażania – poprzez wpływ na śmiertelność, zapadalność, ocenę czynników ryzyka, itp.

Domena zdrowia publicznego jest skupienie się na „interwencji” w celu poprawy zdrowia, lecz nie na poprawie jednego tylko człowieka czy podejścia klinicznego. I tutaj konieczne jest zwrócenie uwagi na terminologię i definicje stosowanych znaczeń z zakresu HTA.

Istnieje zasadnicza różnica pomiędzy uzyskiwanymi efektami u jednostki a efektami populacyjnymi w zdrowiu publicznym. Przyczyn jest kilka:

1. Po pierwsze – ocena programów jest trudniejsza niż pojedynczej technologii (leku, metody diagnostycznej itp.), gdyż najczęściej dotyczy kompleksowych i wielointerwencyjnych działań, w które są zaangażowane liczne instytucje (lekarze, szkoły, płatnicy, media oraz same społeczeństwo).
2. Po drugie ocena pierwszorzędowych punktów końcowych najczęściej nie jest możliwa lub wymagałaby bardzo długich i kosztownych metod zbierania danych. Konieczna jest ocena dużych populacji co także sprawa duże problemy organizacyjne.
3. Po trzecie programy zdrowia publicznego zahaczają o kwestię środowiskowe, gospo-

2. Public Health

According to the changes in refund of health benefits there is a discussion about broadly understood (dominant role in public health) restorative medicine (acute) and long term treatment. Despite national programs (screenings, calendar of vaccines) since the 70s have been introduced more and more educational or promotion programs about population health or medical exams for prevention of vascular diseases or other chronic diseases. Within these programs, although described in details methodology, more and more often are considered possibilities of evaluation effectiveness of its introducing – via the influence on mortality, morbidity, assessment of risk factors etc.

The domain of public health is focus on the “intervention” towards health improvement, not on the health improvement of one man or clinical approach. And here it is necessary to pay attention to the terminology and definitions from the HTA. **There is a fundamental difference between effects in one person and population effects in public health.** There are few causes:

1. First of all – the assessment of programs is more difficult than the one technology (medicine, diagnostic medicine etc.) because usually it concerns comprehensive and applies to multi interventional activities that are involved in numerous institutions (doctors, schools, taxpayers, the media and the society).
2. Secondly, evaluation of the primary endpoint is usually not possible or would require a very long and costly methods of data collection. It is necessary to evaluate also a large population which makes large organizational problems.
3. Thirdly, public health programs usually touch environmental, economy, social and other (which usually are combined with political decision and resistances from groups of interest e.g. control over the advertisement of tobacco products) issues.
4. Fourthly, many introduced programs are



darcze, socjalne i inne które same ze swojej istoty są związane z polityczną decyzją i najczęściej oporami grup interesów (vide kontrola reklamy wyrobów tytoniowych).

4. Po czwarte – wiele wdrożonych programów nie jest poddawanych ocenie, gdyż jest uważane za skuteczne lub z logicznego punktu widzenia oczywiste do stosowania.
5. Po piąte, zdrowie publiczne i ocena ich efektywności nie jest tak ciekawą i porównywalną niż oceną pojedynczego leku czy nowego aparatu diagnostycznego niż wdrożenie programów zdrowia publicznego, które są o wiele rzadziej opisywane w prasie.

Z tego powodu kwestia rozwoju badań w obszarze zdrowia publicznego, wprowadzenie oceny tych programów pod względem poprawy zdrowia (nie poprawy działania systemu ochrony zdrowia) bez wypracowania strategii i decyzji politycznych, które pociągną za sobą wsparcie finansowe jest bardzo mało prawdopodobne.

not evaluated, since they are considered to be effective and from logic perspective obvious to use.

5. Fifthly, public health and evaluation of its effectiveness is not so attractive and appealing as evaluation of one medicine, new diagnostic equipment or introducing public health care programs, which are far more rarely described in the newspapers. Because of that, development of research in public health care, introducing evaluation of the programs according to health improvement (not improvement of health care system work) without creation of strategy and political decisions, which will trigger financial support is highly unlikely.

3. i 4. Ubezpieczenia a kształt koszyków świadczeń

Sprawność systemu ochrony zdrowia w Polsce widziana jest przez pacjentów i media przez pryzmat opieki szpitalnej. Ten sektor rynku zdrowia znajduje się (poza nielicznymi obszarami specjalistycznymi) w coraz trudniejszej sytuacji. Wzrost wydatków NFZ na opiekę w lecznictwie zamkniętym zupełnie nie nadąża za dynamicznym wzrostem kosztów szpitali. Ten wzrost kosztów jest związany z wieloma zjawiskami: silną presją płacową (zwłaszcza lekarzy), niedostosowaniem infrastruktury do lokalnych potrzeb zdrowotnych, mniej lub bardziej udanymi inwestycjami w infrastrukturę, a dodatkowo często złym zarządzaniem. Przychody, prawie wyłącznie pochodzące z kontraktów z NFZ, są niskie, a wyceny wielu procedur nietrafne. Ostatecznie w szpitalach kumulują się też negatywne efekty złej organizacji systemu – źle leczeni pacjenci prędzej czy później trafiają właśnie do lecznictwa zamkniętego. Nie dziwią więc: rosnąca obecność w mediach tematów związanych z leczeniem szpitalnym, wzrost krótkoterminowego zadłużenia szpitali, konflikty wokół nadwykonań, restrukturyzacja w kierunku procedur dobrze wycenianych, ale niekoniecznie potrzebnych.

Diagnostyka i leczenie szpitalne są największą pozycją kosztową w budżecie płatnika publicznego w Polsce. Wydatki NFZ na ten cel to prawie 50% całości finansowania. Lecznictwo szpitalne opłacane prywatnie to finansowy margines tego sektora, skoncentrowany na procedurach o znaczącym popycie komercyjnym. Sektor finansowany publicznie z wielkimi oporami poddaje się restrukturyzacji i podnoszeniu efektywności. Na dodatek owo podnoszenie efektywności dotyczy krótkowzrocznie rozumianej efektywności ekonomicznej, bez oceny długofalowego wpływu na zdrowie populacji oraz kosztów, które trzeba będzie ponieść w przyszłości.

Dotychczasowe, bardzo upolitycznione w dyskursie społecznym, próby reformy sektora leczenia szpitalnego były nieudane, połowiczne i niekonsekwentne. Sądzimy, że idea onnipotentnego Państwa, które planu-

3. & 5. Health insurances and benefit packages

The condition of health care system in Poland is seen by patients and media from the perspective of hospital care. This health market sector is (apart from few special areas) in more and more difficult situations. Increased spending of the National Health Fund (NHF) for the inpatient care has not kept pace with dynamically increased costs of hospitals. This increase is linked with various issues: intensive salary pressure (especially from the doctors), unsuitable infrastructure for local health needs, and additionally often ineffective management. Profits, almost only from the contracts with the NHF, are low, and cost assessments of procedures usually inaccurate. Finally, in hospitals there are cumulated also negative effects of this poor health system organization – ill-treated patients sooner or later will go to the hospital. Unsurprisingly, therefore we have: increased in media conflicts around contracts over-realizations, restructuring of the procedures that are well priced (not necessarily needed).

Diagnostics and hospital treatment are the highest ranked position in public payer budget in Poland. The NHF spending for that purpose is 50% of its total financing structure. Hospital treatment paid privately is a financial margin of this sector, focused on the procedures with significant commercial demand. Publicly funded sector with great difficulties subject to restructuring and efficiency improvement. In addition, this raise of effectiveness concerns short-sighted sense of economic efficiency, without rated long-term impact on the population health and costs to be incurred in the future.

So far, very politicized in social discourse, attempts to reform hospital treatment were unsuccessful, half-hearted and inconsistent. We believe that the idea of the omnipotent State which plans, organizes, finances and treats (even by private entities) in Poland does not work. Operation of the system, apparently effective (as compared with the EU countries „we buy relatively a lot of health”



je, organizuje, finansuje i leczy (nawet za pomocą prywatnych podmiotów) zupełnie się w Polsce nie sprawdza. Działanie systemu, pozornie efektywne (bo w porównaniu do krajów UE „kupujemy względnie dużo zdrowia” w stosunku do wydanych pieniędzy), jest coraz bardziej odległe od potrzeb i oczekiwań pacjentów. W obecnej konstrukcji systemu nie da się zbilansować potrzeb i możliwości. Równocześnie żadne radykalne działanie nie jest możliwe, ani nie byłoby skuteczne. Wydaje się potrzebujemy dobrze zaplanowanej ewolucji systemu w następujących kierunkach:

- **wycofania się Państwa na pozycję regulatora**, wprowadzenie silnego i kompetentnego nadzoru (egzekwującego również jakość), kształtowanie ram dla publicznych i prywatnych płatników;
- **„wpuszczenie” w system pieniędzy** wydawanych obecnie przez pacjentów w postaci opłat bezpośrednich – trzeba to zrobić na dużą skalę poprzez ubezpieczenia zdrowotne;
- **dopuszczenia prywatnych podmiotów** (nie tylko ubezpieczeń zdrowotnych) do zarządzania zakupem usług medycznych, a nie tylko do dostarczania tych usług;
- **budowa opartych o EBM i HTA kompetencji** w długofalowym zarządzaniu zdrowiem.

Reforma tego typu przeprowadzona z sukcesem w Holandii (choć w odmiennych warunkach systemowych) trwała ponad 20 lat. Dalsze zarządzanie budżetem NFZ w perspektywie 1-2 lat doprowadzi nas do licznych kryzysów społecznych i politycznych związanych ze zdrowiem, narastania nierówności w dostępie do leczenia, a w konsekwencji do pogarszania się zdrowia społeczeństwa.

in relation to the money spent), is becoming more and more distant from the needs and expectations of patients. In the current design of the system it is not feasible to balance the needs and possibilities. At the same time no radical activity is possible or would be effective.

It seems that we need a well-planned evolution of the system in the following ways:

- **withdraw of the State to the regulating position**, the introduction of a strong and competent supervision (also enforces quality), forming a framework for public and private payers;
- **„admitting” to the system money** currently spent by patients in the form of direct payments - we have to do that on a large scale by health insurance;
- **allow private entities** (not just health insurance) to manage the purchase of medical services, not only to provide these services;
- **design of competences based on the EBM and the HTA** in the long-term management of health.

This type of reform done in the Netherlands (however, in different system conditions) lasted over 20 years. Further management of the NHF budget in the next 1-2 years will trigger many social and political crises related with health, increased differences in the access to treatment and in consequences deterioration of society health.

5. Rola pacjenta – jak ze sobą się komunikować

Ocena technologii medycznych (health technology assessment – HTA) jest multidyscyplinarnym procesem mającym na celu dostarczenie informacji niezbędnych do podejmowania decyzji w zakresie polityki zdrowotnej, dlatego wydaje się być oczywistym, że pacjenci powinni być zaangażowani w jego przebieg. Mogą oni dostarczyć nowy punkt widzenia i tym samym wzbogacić inne dziedziny HTA. Dla politycznej legitymizacji decydenci kształtujący politykę zdrowotną powinni konsultować się z ogółem społeczeństwa, aby pokazać że ich głos jest słyszalny.

Pomimo pozornie jasnego zaproszenia do partycypacji w HTA, pacjenci często są wyłączeni z procesu, ponieważ uważa się że ich głos jest niepotwierdzony lub skażony wpływem przemysłu farmaceutycznego. Jednakże perspektywa pacjentów, sposób w jaki postrzegają oni życie z chorobą i efekty zdrowotne leczenia, może mieć duże znaczenie dla właściwej oceny technologii medycznej. Ich opinia na temat punktów końcowych leczenia, które de facto są najważniejsze, często różni się od opinii lekarzy i ciał nadzorujących. Pacjenci mogą pomóc w ocenie znaczenia efektu zdrowotnego dla jednostki (pacjenta) oraz wskazać to co mało dla nich największe znaczenie podczas trwania leczenia.

Badanie obserwacyjne dotyczące zaangażowania konsumentów w HTA przeprowadzone w 2010 roku przez INAHTA Międzynarodową sieć Agencji HTA (International Network of Agencies for Health Technology Assessment) wykazało, że spośród 33 agencji HTA biorących udział w badaniu, tylko 52% angażowało konsumentów (pacjentów lub obywateli) w procesie oceny technologii medycznych. Chęć włączenia pacjentów w przyszłości zadeklarowało 81% agencji.

4. Patient involvement in HTA – how to communicate

As HTA is a multidisciplinary process that seeks to inform policy it would seem obvious that patients should be involved in the HTA process. They can provide unique insights to add to those of other professional disciplines in HTA and for political legitimacy surely policy influencers should consult with the general public to ensure their voice is heard.

Despite the seemingly obvious call for patients to be involved in HTA. They are often excluded from the process because their voice is considered anecdotal or tainted by industry influence. However, patients have important perspectives to offer about living with a disease and the effects that treatments have. Their views on the outcomes that are most important often differ to the views of clinicians and regulators. Furthermore they can help quantify what the size of an effect really means to them as a patient and what is of real value.

The 2010 INAHTA survey of consumer involvement in HTA highlighted that from the 33 HTA Agencies that responded only 52% involved consumers (patients or citizens). However, 81% intended to involve patients in the future.



Jakie są więc mechanizmy partycypacji pacjentów w HTA? Wyróżnić można dwa podejścia.

1. Po pierwsze, pacjenci mogą zostać włączeni w proces HTA poprzez pomoc w określaniu zakresu badania, poprzez konsultowanie projektów raportów, opracowywanie kart pacjentów itp.
2. Następnie dane dotyczące postrzegania choroby przez pacjenta i jego podejścia do nowych form leczenia można uzyskać za pomocą formalnych badań społecznych lub za pośrednictwem pisemnych informacji dotyczących pacjentów dostarczonych przez organizacje pacjenckie. Perspektywa pacjenta może zostać poznana także poprzez bezpośrednie wystąpienie chorego i przedstawienie swoich doświadczeń zespołowi ekspertów dokonujących oceny technologii medycznej.

Procesy polegające na włączaniu pacjentów w HTA są w fazie rozwoju. Jednak pozostaje jeszcze wiele do zrobienia, aby zapewnić, że wkład pacjenta jest zoptymalizowany, tak że jego opinia może stanowić dla HTA największą wartość dodaną.

So what are the mechanisms for patient involvement in HTA? There are two different forms of approach.

1. Firstly patients can be involved in the process of HTA – helping define the scope of the topic, consulting on draft reports, developing patient summaries etc.
2. Secondly evidence about patients' perspectives of the disease and its existing and new treatments can be gathered. Patients' perspectives can be determined through formal social science research or via evidence submissions from patient organisations or using individual patients to share their experience with an HTA committee.

Processes for these approaches are maturing, but there is still much to be done to ensure that patient input is optimized so that their perspectives can add most value to HTA.

6. Wycena świadczeń i zarządzanie koszyciem

Wycena świadczeń zdrowotnych, procedur, kategorii w JGP (diagnosis related groups, DRGs; health related groups, HRGs) czy wszelkich innych elementów, za które płaci ubezpieczyciel, ma zasadnicze znaczenie dla funkcjonowania systemu ochrony zdrowia z perspektywy chorego. Jeśli jednak chodzi o perspektywę płatnika, to wycena może mieć podstawowe znaczenie, w przypadku realnej konkurencji albo niewielkie znaczenie, w przypadku istnienia monopsonu.

W Polsce nie ma i nigdy nie było konkurencji po stronie płatnika. Dziś funkcjonuje narodowy monopsonista – NFZ, kiedyś natomiast regionalni monopsoniści pod nazwą Kas Chorych. Monopsonista nie ma praktycznie żadnych (poza politycznymi) zachęt i motywacji do dbałości o jakość (w tym efektywność kosztową), o dostępność do świadczeń, o zdrowotność społeczeństwa, czy ubezpieczonych ani o kondycję świadczeniodawców. Musi dbać jedynie o zachowanie dyscypliny budżetowej i zmieszczenie wydatków w planie finansowym. NFZ zachowuje się w tej specyficznej logice prawidłowo, na woluntarystycznych i niejasnych zasadach wprowadzając limity czy ograniczając kontrakty ze świadczeniodawcami. Dodatkowo na rynek wciąż wchodzi nowe technologie medyczne, a koszycy gwarantowany powiększa się niewspółmiernie szybko w stosunku do wzrostu środków finansowych ze składki podstawowej. Prowadzi to do następujących efektów:

- nie należy mówić o finansowaniu świadczeń (poza lekami na wykazach refundacyjnych), ale raczej o finansowaniu świadczeniodawców, które odbywa się na zasadach zbliżonych do podziału środków w oparciu o budżety historyczne, podobnie jak w czasach socjalizmu;
- nie ma konkurencji świadczeniodawców o pacjenta i pieniądze, które miały za nim iść, ale jest konkurencja o wielkość kontraktu i wysokość limitu, która na niejasnych zasadach odbywa się w relacji świadczeniodawca – monopsonista NFZ;

6. The valuation of services in the benefit package

Valuation of health services, procedures, Diagnosis Related Groups (DRGs; also Health Related Groups, HRGs) or any other elements which are paid by the insurer is of essential significance for functioning of the health care system from the patient's perspective. However, from the payer's perspective valuation may be of essential significance in case of real competition or a little significance in case of a monopsony.

In Poland there is no and never have been any competition with regard to payers. Today there is a national monopsonist - the National Health Fund and in the past there were regional monopsonists - Sickness Funds. A monopsonist has virtually no incentive (apart from political) and motivations to care for quality (including cost-effectiveness), availability of services, wholesomeness of the society or the insured nor shape of service providers. It only has to take care of budget discipline and expenditure within the financial plan. The National Health Fund behaves coherently in this specific way of thinking by introducing quotas and limiting contracts with service providers according to voluntary and vague rules. Additionally, new health technologies are introduced to the market constantly and the guaranteed benefits package increases disproportionately fast in relation to the increase of funds from the basic contribution. It leads to the following results:

- it is not a matter of financing services (apart from drugs in reimbursement lists) but rather of financing service providers, it is conducted on similar terms as a division of funds based on historic budgets, like in the socialistic era.
- there is no competition of service providers for patients and money connected to them, but rather competition for the contract's amount and quota which is set on the vague terms between the service provider and the monopsonist - the National Health Fund.
- some services are valued too low and



- wycena niektórych świadczeń jest zaniżona, a niektórych zawyżona, ze wszystkimi tego negatywnymi konsekwencjami dla chorych i świadczeniodawców;
- skala marnotrawstwa i nadużyć jest ogromna, przy minimalnych możliwościach kontroli i niewielkim zainteresowaniu likwidacją patologii.

Generalnie system nie spełnia swojej podstawowej roli i jest w coraz większym stopniu niewydolny. Mogą o tym świadczyć zwiększające się ograniczenia dostępu do świadczeń zdrowotnych oraz wzrastająca pula środków finansowych poza systemem publicznym.

W przypadku istnienia monopsonu płatnika wycena odgrywa drugorzędną rolę, a płatnik nie wykorzystuje możliwości aktywnego kreowania podaży względem świadczeń znajdujących się w koszyku gwarantowanym, które można określić jako podstawowe, wysoce skuteczne i bardzo opłacalne. W przypadku nałożonych limitów i sztywnego kontraktowania płatnik nie boi się przekroczenia dyscypliny finansowej z powodu nowych technologii wchodzących do koszyka. Skutki takich działań przerzucone zostają na świadczeniodawców, którzy muszą się zadłużyć oraz co gorsza na chorych, którzy coraz boleśniej doświadczają ograniczeń dostępu do świadczeń zdrowotnych i muszą coraz więcej płacić za pomoc medyczną z własnej kieszeni.

Rola wyceny świadczeń zdrowotnych z koszyka zasadniczo rośnie w przypadku:

- wprowadzenia realnej konkurencji na poziomie płatników;
- zniesienia limitów;
- wprowadzenia finansowania fee-for-service w zakresie świadczeń częściowo gwarantowanych z istotnym wartościowo współpłaceniem.

Jeśli zachodzą powyższe, to wycena staje się zasadniczą kwestią i mechanizmem regulacyjnym całego systemu, który przenika przez wszystkie „kręgi” czy obszary ubezpieczeń zdrowotnych. Pierwsze dwa punkty powyżej nie wymagają komentarza. Pewne implikacje rodzi wprowadzenie trzech kategorii świadczeń:

other too high, with all the negative consequences thereof, both for patients and service providers.

- the scale of wastefulness and abuse is enormous, with minimal possibilities of control and little interest in eliminating of the pathology.

Generally, the system does not meet its primary role and is increasingly inefficient. It may be indicated by increasing limitations in access to health care services and increasing pool of funds outside the public system. In case of a monopsony, valuation plays a secondary role, and the payer does not take the opportunity to actively create the supply for benefits that are guaranteed in the basket, which can be described as basic, highly effective and very cost effective. In case of imposed quotas and rigid contracting, the payer is not afraid to breach the fiscal discipline because of new technologies included in the package. Effects of such actions are passed to service providers who have to get into debt and, what is even worse, to patients who are experiencing restrictions on access to health services more and more painfully and who have to pay more for medical care from their own pockets. The role of valuation of health care services from the package increases in significance in case of:

- introduction of real competition between payers;
- liquidation of quotas;
- introduction of fee-for-service financing of services partially guaranteed with a significant co-payment.

In these cases valuation becomes an essential issue and a regulating mechanism of the whole system, which touches upon all dimensions or areas of health insurances. First two points do not require any comment. Some implications are caused by dividing services into three categories:

1. guaranteed - services guaranteed in real, fully financed in 100% from the the basic health contribution's funds, to which access is not limited, regardless the fact that there is a single payer or multiple payers

1. gwarantowanych – świadczenia realnie gwarantowane, a więc finansowane w 100% ze środków gromadzonych z podstawowej składki zdrowotnej, do których nie występują ograniczenia dostępu; bez względu na to czy istnieje jeden płatnik czy wielu płatników oraz bez względu na sposób finansowania tych świadczeń (wszystkie sposoby są możliwe);
2. częściowo gwarantowanych – istotne są w tym przypadku: wartość współpłacenia (opłata powyżej pewnej minimalnej kwoty, która realnie zapobiega nadużyciom i marnotrawstwu; nie może to być kwota symboliczna) oraz stopień współpłacenia, teoretycznie w granicach między 1% i 99% kosztu ich wykonania (występuje możliwość objęcia współpłacenia ubezpieczeniem komplementarnym);
3. poza koszykiem gwarantowanym – świadczenia niemożliwe do uzyskania w ramach środków ubezpieczenia podstawowego (występuje możliwość objęcia ich przez ubezpieczenia komplementarne konkurujące świadczeniami spoza koszyka).

W przypadku wprowadzenia podziału świadczeń do trzech ww. kategorii, wycena znacznie odgrywać najważniejszą, zasadniczą rolę w regulacji całego systemu ochrony zdrowia. **Świadczenia „realnie” gwarantowane muszą być wycenione powyżej kosztów wytworzenia, tak żeby zapewnić odpowiednio wysoką podaż tych świadczeń w systemie. Powinny to być świadczenia podstawowe, wysoce skuteczne, o najlepszym stosunku kosztu do efektu z opcjonalnych sposobów postępowania.** Im większe braki kadrowe, lokalowe, sprzętowe lub inne, stojące na przeszkodzie zapewnieniu potrzeb zdrowotnych społeczeństwa polskiego w zakresie świadczeń gwarantowanych, tym większa powinna być umowna nadwyżka nad kosztami ich wykonania (nadwyżka wyceny, przeszacowanie wyceny). Sytuacja powinna być dynamiczna, a agencja taryf powinna zmieniać nadwyżkę wyceny w zależności od dostosowania i reakcji rynku na potrzeby zdrowotne, utrzymując ją jednak na różnym

- and regardless of the financing scheme (all schemes are allowed);
2. partially-guaranteed - important factors are: co-payment amount (a fee above the minimum level which really prevents abuse and wastefulness; it must not be symbolic) and co-payment level, in theory between 1-99% of the cost (possible to be covered with a complementary insurance);
 3. outside the guaranteed benefits package - services which are not obtainable under the basic health insurance (they might be included in complementary insurance competing on services not included in the package).

In case of introducing a division of services based on the three, above-mentioned categories, the valuation will start to play the most important, essential role in the regulation of the whole health care system. **Services guaranteed 'in reality' have to be valued above the realization cost to ensure a high enough supply of services in the system. These should be the basic, highly effective services, which have the best cost to effect ratio among the alternative procedures.** The greater the shortage of staff, premises, equipment or other, standing in the way of ensuring the health needs of Polish society in the guaranteed services, the higher the contractual surplus over the costs of their performance should be (excess valuation, overvaluation). The situation should be dynamic and the tariffs agency should adjust the excessive valuation according to the adaptation and reaction of the market to health needs, maintaining it on various levels, as long as the service remains guaranteed.

In case of the partially guaranteed services, the role of the tariffs agency will be as important. It will be necessary to set the amount of co-payment in case of the price limit and to set the prices of services, procedures and groups, meaning the amounts which the third party payer will be obliged to pay regardless the payment scheme. It seems that the tariffs agency should have the same role as the pricing agency (the Economic Committee) in



poziomie, tak długo, jak długo świadczenie pozostanie gwarantowanym.

W przypadku świadczeń częściowo gwarantowanych rola agencji tariff będzie równie istotna. Konieczne będzie ustalenie wysokości współpłacenia w przypadku limitu ceny oraz ustalanie cen świadczeń, procedur lub kategorii, a więc tym samym kwot jakie ponosić będzie płatnik, niezależnie od sposobu płacenia za świadczenia. Wydaje się, że agencja tariff powinna pełnić taką samą rolę, jak agencja cen (Komisja Ekonomiczna) w przypadku leków ujmowanych na wykazach refundacyjnych i w programach terapeutycznych, czyli powinna podjąć zadania negocjacji cen w przypadku technologii nielekowych oraz niektórych procedur z wykorzystaniem leków, zarówno ze świadczeniodawcami i grupami zawodowymi, jak też w adekwatnych sytuacjach z producentami.

Poza przydziałem świadczeń do poszczególnych kategorii lub części koszyka (de facto można w tym przypadku mówić o różnych koszykach) istotne jest prowadzenie aktywnej wyceny, gdyż to od niej zależeć będzie podaż świadczeń, a w związku z tym zapewnienie realizacji potrzeb zdrowotnych ubezpieczonych na odpowiednim poziomie. Podejmowanie decyzji refundacyjnych (o włączeniu do danej części koszyka) i cenowych (negocjacje i ustalanie cen urzędowych oraz ew. poziomów współpłacenia), to najważniejsze mechanizmy regulacyjne systemu ochrony zdrowia.

Powyższy tekst pochodzi z książki

„Ubezpieczenia zdrowotne a koszyki świadczeń”

Łanda et al., *Ubezpieczenia zdrowotne a koszyki świadczeń*, Kraków/Warszawa, Biblio-Teczka CEESTAHC 2011, s. 134-136

case of drugs included in the outpatient reimbursement lists and therapeutic programmes, which means that it should negotiate the prices of non-drug technologies and some of the drug-based procedures both with service providers and occupational groups, as well as the manufacturers, when necessary.

Apart from the allocation of services in different categories, or parts of the package (de facto speaking of various packages) it is crucial to conduct an active valuation as the supply of services and thus ensuring appropriate level of realization of insured' health needs will be dependant on it. Taking reimbursement (regarding the introduction of a service into a given part of the package) and pricing (negotiations, statutory price setting and co-payment level if necessary) decisions are the most important mechanisms regulating the health care system.

7. Reformy w systemach ochrony zdrowia

W całej Europie coraz wyraźniej zarysowuje się presja rosnących kosztów stale rozwijających zasobów na mechanizmy finansowania systemów ochrony zdrowia. Wynika to z dobrze znanych czynników, włączając w to starzenie się społeczeństwa, ciągle pojawiające się nowych, wysokiej klasy technologii i wzrost oczekiwań pacjentów.

Proces ten pogarsza się ze względu na obecną sytuację gospodarczą Europy. Prowadzi to do wielu reform, między innymi w zakresie obniżenia cen leków generycznych, jak również potencjalnie cen referencyjnych w klasie.

Postępuje również praca nad reformami w celu dokonania aktywnego przeglądu zwrotu kosztów i finansowania nowych leków. Staje się to coraz bardziej istotne ze względu na rozwój znacznej liczby nowych leków biologicznych i ich przewidywanych cen.

W związku z tym, sesja będzie oparta na dwóch tematach:

- Temat A – postępujące działania w zakresie ustanawianych leków, ich wpływ i przyszły kierunek.
- Temat B – ciągły rozwój nowych leków. Obejmuje on zwiększoną obserwację pacjenta w rejestrach.

Mamy nadzieję, że to będzie interesująca i stymulująca sesja.

7. Reforms in health care systems

Europe is facing considerable resource pressures on their health care costs driven by well known factors including ageing populations, the continued launch of new premium priced technologies and rising patient expectations.

This is exacerbated by the ongoing economic situation in a number of European countries. This is leading to multiple reforms in Europe. These include reforms concerning established drugs to lower the price of generics as well as potentially reference pricing in a class.

There are also ongoing reforms to proactively review reimbursement and funding for new drugs. This will become increasingly important given the substantial number of new biological drugs in development and their anticipated prices.

Consequently, the session will focus on 2 streams:

- Stream A - ongoing measures regarding established drugs, their impact and future direction.
- Stream B - ongoing developments regarding new drugs. This includes greater patient follow-up in registries.

We hope this will be an exciting and stimulating session.



8. Rola badań nieeksperymentalnych w podejmowaniu decyzji w ochronie zdrowia

Badanie nieeksperymentalne, czyli badania w których nie wykorzystuje się metod randomizacji lub pseudorandomizacji, to głównie badania obserwacyjne prowadzone po rejestracji i dopuszczeniu leków do obrotu. Takie badania często umożliwiają ocenę skuteczności i bezpieczeństwa leczenia z udziałem dużej grupy chorych, istotnie wzbogacając wiedzę zgromadzoną w okresie poprzedzającym rejestrację leku. Jednak z uwagi na brak randomizacji i możliwy błąd selekcji, analiza danych zgromadzonych w trakcie tych badań wymaga uwzględnienia specyfiki ich planowania i przeprowadzenia.

W trakcie sesji zostanie omówiona rola i znaczenie badań nieeksperymentalnych w obecnej praktyce klinicznej oraz podejmowaniu decyzji refundacyjnych. Przedstawione zostaną aktualnie stosowane metody statystyczne w analizie danych nierandomizowanych oraz podstawowe problemy z wyciąganiem wniosków o charakterze przyczynowo-skutkowym na podstawie danych nieeksperymentalnych. Omówione zostaną, na poziomie intuicji raczej niż szczegółów technicznych, metody i zagrożenia związane z próbami takiego wnioskowania, także w oparciu o studium przypadku - przykładową analizę danych obserwacyjnych. Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) i astma należą do chorób przewlekłych, cywilizacyjnych, a decyzje o włączeniu leczenia są podejmowane na całe lata. Praktyka kliniczna pokazuje, że rola badań IV fazy (postmarketingowa) ma istotne znaczenie w podejmowaniu decyzji terapeutycznych, determinuje współpracę pacjenta z lekarzem, a także ma znaczenie w monitorowaniu bezpieczeństwa terapii. W prezentacji pokazane zostaną badania IV fazy, przeprowadzone u chorych na astmę i POChP.

8. The role of the non-experimental studies in medical decision making

Non-experimental studies, that means studies without randomization or pseudo-randomization methods, are mainly observational studies conducted after registration and medicine authorization on the market. Such studies often enable assessment of the effectiveness and safety of treatment with the participation of a large group of patients, significantly enriching the knowledge accumulated during the time before the drug registration. However, due to the lack of randomization and possible selection bias, the analysis of data collected during this study demand including the nature of their planning and implementation.

The session will discuss the role and importance of non-experimental studies in current clinical practice and reimbursement decisions. There will be presented currently used statistical methods in the analysis of non-randomized data and the basic problems of drawing conclusions about a cause-and-effect relationship based on non-experimental data. There will be discussed, based more on the intuition rather than on the technical details, methods and risks associated with attempts of such conclusions, also based on a case study – a sample analysis of observational data. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and asthma are chronic diseases of civilization, and the decision to include the treatment is taken for years. Clinical practice shows that the role of phase IV studies (post-marketing) is essential in making therapeutic decisions, determines the patient's co-operation with the doctor, and also has a role in monitoring the safety of the therapy. The presentation will show the phase IV study, conducted in patients with asthma and COPD.

Tabela cen (ceny netto) Price table	Uczestnicy reprezentujący Representatives of		Studenci i doktoranci Students and PhD students
	instytucje publiczne public institutions	firmy i osoby prywatne private sector	
rejestracja do 6 września 2013 / registration till September 6 th 2013			
1 dzień 1 day	500,00 zł 140,00 €	1 500,00 zł 430,00 €	250,00 zł 70,00 €
2 dni 2 days	700,00 zł 200,00 €	1 900,00 zł 545,00 €	400,00 zł 115,00 €
kolacja z ekspertami „Meet the experts” gala dinner	150,00 zł 45,00 €	180,00 zł 50,00 €	180,00 zł 50,00 €
rejestracja do 30 września 2013 / registration till September 30 th 2013			
1 dzień 1 day	650,00 zł 185,00 €	1 900,00 zł 545,00 €	300,00 zł 85,00 €
2 dni 2 days	850,00 zł 245,00 €	2 200,00 zł 630,00 €	500,00 zł 145,00 €
kolacja z ekspertami „Meet the experts” gala dinner	180,00 zł 50,00 €	200,00 zł 60,00 €	180,00 zł 50,00 €
rejestracja od 1 października 2013 oraz w trakcie Sympozjum / registration after September 30 th 2013 and during Symposium			
1 dzień 1 day	750,00 zł 215,00 €	2 000,00 zł 570,00 €	300,00 zł 85,00 €
2 dni 2 days	950,00 zł 270,00 €	2 400,00 zł 685,00 €	500,00 zł 145,00 €
kolacja z ekspertami „Meet the experts” gala dinner	250,00 zł 70,00 €	250,00 zł 70,00 €	250,00 zł 70,00 €

Warunki uczestnictwa

1. Warianty uczestnictwa w Sympozjum:
 - 1 dzień
 - 1 dzień + kolacja z ekspertami
 - 2 dni
 - 2 dni + kolacja z ekspertami
 - tylko kolacja z ekspertami
 - tylko sesja AOTM (wstęp wolny)
 - sesja AOTM i kolacja z ekspertami
2. Koszt uczestnictwa jednej osoby zależy od terminu zgłoszenia oraz charakteru uczestnictwa (szczegóły w Tabeli cen). Liczba miejsc ograniczona.
3. Warunki uzyskiwania zniżek:
 - przedstawiciele instytucji publicznych: na żądanie przedstawienie zaświadczenia
 - studenci i doktoranci: na podstawie listu referencyjnego z uczelni z oficjalnymi pieczęciami
4. W cenę wliczone są:
 - uczestnictwo w sesjach naukowych
 - materiały szkoleniowe
 - lunch
5. Zgłoszenia można dokonać za pomocą:
 - systemu rejestracyjnego na stronie **www.ceestahc.org**
 - lub drukowanego formularza zgłoszeniowego
6. **Wpłaty należy dokonać do 7 dni** od daty otrzymania potwierdzenia przyjęcia zgłoszenia (nie później niż 5 dni roboczych przed rozpoczęciem Sympozjum) na konto bankowe:
Bank PKO S.A O/Kraków
ul. Rynek Główny 47, 30-960 Kraków
97 1240 4689 1111 0000 5142 0745
Swift code: PKOPPLPW
Tytuł wpłaty: „Sympozjum EBHC 2013”
7. Rezygnacja – w przypadku rezygnacji z udziału do 20 września 2013 roku koszty rezygnacji wynoszą 600 zł – po tym terminie koszty rezygnacji są równe pełnej opłacie za udział.
8. Uwaga! Organizatorzy zastrzegają sobie prawo do zmian w programie Sympozjum.

Conditions of participation

1. Variants of participation in the Symposium:
 - 1 day
 - 1 day + „Meet the experts” gala dinner
 - 2 days
 - 2 days + „Meet the experts” gala dinner
 - „Meet the experts” gala dinner only
 - AOTM’s session only (fee free)
 - AOTM’s session & „Meet the experts” gala dinner
2. The cost of participation of one person depends on the time of declaration and the selected variant of participation (see the Price table for details). The number of places is limited.
3. The following participants are entitled to discounted fee:
 - representatives of public institutions: a certificate must be produced on demand
 - students and postgraduate students: based on the school’s letter of reference (with official stamps)
4. The fee includes:
 - participation in scientific sessions,
 - educational materials,
 - coffee breaks and the lunch.
5. Declaration:
 - may be submitted at: **www.ceestahc.org**
 - or a „Declaration form” should be sent by mail or fax
6. **Payment should be made within 7 days** following acceptance of declaration (no later than 5 working days before commencement of the Symposium) to the following account:
Bank PKO S.A O/Krakow
Rynek Głowny 47, 30-960 Krakow, POLAND
PL 97 1240 4689 1111 0000 5142 0745
Swift code: PKOPPLPW
Payment title: „EBHC Symposium 2013”
7. Cancellation. If participation is cancelled no later than September 20th, 2013, the cost of cancellation will be 175€; after that day the fee will not be returned.
8. The organisers reserve the right to change the Symposium programme.

Central and Eastern European Society of Technology Assessment in Health Care (CEESTAHC)

Stowarzyszenie zostało założone w Polsce w 2003 roku. Zrzeszamy profesjonalistów zajmujących się analizami HTA oraz oceną jakości badań klinicznych.

Naszym głównym celem jest rozwój w Europie Środkowej i Wschodniej standardów i metod służących ocenie lekowych i nielekowych technologii medycznych. Celem naszym jest także rozwijanie i upowszechnianie wspólnego języka, który pozwoli lepiej komunikować się różnym podmiotom systemu opieki zdrowotnej – lekarzom, przedstawicielom NFZ i stowarzyszeń medycznych, nie wyłączając polityków, administracji publicznej, menedżerów zatrudnionych w szpitalach oraz innych specjalistów zajmujących się finansowaniem opieki zdrowotnej i oceną jej jakości, jak i efektywności technologii medycznych. Szczególnym celem jest promowanie HTA i EBM w naszej części Europy. Realizujemy cele poprzez organizowanie szkoleń i warsztatów dotyczących stosowania HTA i EBM. Wspieramy tych, którzy dopiero zaczynają – udzielamy konsultacji i służymy wszelką inną pomocą.

The Society was founded in Krakow in 2003. We associate professionals in the fields of HTA, economic and cost evaluations, EBM and quality assurance in clinical trials.

Our main aim is development and progress of standards and methods of assessment of drug and non-drug health technologies in Central and Eastern Europe. Our additional goal is to develop and promote a common understanding and vocabulary, which allows various parties in the health care system to communicate: physicians, representatives of health insurance, medical societies, pharmaceutical companies, politicians, economists, hospital managers and other specialists who deal with financial aspects of medical services and assessment of both health care system quality and effectiveness of health technologies. Our further aim is to promote HTA and EBM in our part of Europe. We help especially those who has just begun with HTA – we consult, organize training and offer other forms of support.

Nasze aktywności / Activities




 Sympozjum EBHC
EBHC Symposium

 Szkolenia
Training

 Wydawnictwa
Publishing

 Projekty
Projects

 Obiady Czwartkowe
Thursday Dinners

 Konferencje
Conferences

 Publikacje
Publications

 Samorządy
Local Government

 Strona www
Website

CEESTAHC

31-038 Kraków, ul. Starowiślna 17/3

telefon 12 357 76 34

faks 12 396 38 39

e-mail: office@ceestahc.org

www.ceestahc.org

NIP: 676-22-46-760

Nr konta:

97 1240 4689 1111 0000 5142 0745

CEESTAHC

31-038 Krakow, Poland

ul. Starowislna 17/3

phone +48 12 357 76 34

fax +48 12 396 38 39

e-mail: office@ceestahc.org

Account No.:

PL 97 1240 4689 1111 0000 5142 0745

Swift code: PKOPPLPW

Złoty Sponsor / Gold Sponsor

Lilly

Srebrni Sponsorzy / Silver Sponsors



astellas



gsk
GlaxoSmithKline



HTA
consulting



Braźowi Sponsorzy / Bronze Sponsors

Alcon[®]



ANGELINI

AstraZeneca 

biogen idec[®]

 **Boehringer
Ingelheim**

janssen 
PHARMACEUTICAL COMPANIES
OF Johnson-Johnson

 **Medtronic**

SANOFI 

Takeda

Patroni medialni / Media patrons

GAZETA FARMACEUTYCZNA



medycyna **praktyczna**



termedia

mZ
menedżer zdrowia