

IX Międzynarodowe Sympozjum  
9<sup>th</sup> International Symposium  
Evidence-Based Health Care

# HTA for Healthcare Quality Assurance



- Prelegenci / Speakers:
- Ronald L. Akehurst UK
  - Małgorzata Bała Poland
  - Bacchus Barua Canada
  - Maria Boratyńska Poland
  - Aleš Bourek Czech Republic
  - Jo Carol Hiatt USA
  - Maarten IJzerman Netherlands
  - Karina Jahnz-Rózyk Poland
  - Katarzyna Kolasa Poland
  - Anna Kordecka Poland
  - Basia Kutryba Poland
  - Krzysztof Łanda Poland
  - Janusz Meder Poland
  - Val Moore UK
  - Axel Mühlbacher Germany
  - Leszek Stabrawa Poland
  - Rosa Suñol Spain
  - Björn Wettermark Sweden
  - Claudia Wild Austria

Book of  
**Abstracts**



## Seeking Excellence in Health Outcomes: A commentary on the history and practices of HTA in the National Institute for Health and Care Excellence (NICE) in the UK

Ron Akehurst

1/1

### About the speaker

Professor Ron Akehurst is Emeritus Professor of Health Economics at The University of Sheffield, where for 17 years he was Head of the School of Health and Related Research (SchARR), and is currently Strategic Director of BresMed Health Solutions Ltd. He has held a variety of roles in academia, government and the National Health Service in England. This has included being an Economic Adviser to the Department of Health and a Specialist Advisor to The House of Commons Health Select Committee. He is a former member of the National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Topic Selection Committee; the NICE Technology Appraisal Committee and the NICE Public Health Interventions Advisory Committee. He is a current member of the NICE Diagnostics Advisory Committee and the NICE Highly Specialised Technologies Committee. For the Department of Health he serves on the Rare Diseases Advisory Committee. Both of the latter committees advise on different aspects of services for people with very rare conditions. He has been involved in developing NICE methodology since the inception of the Institute and has published widely on aspects of HTA.

### Abstract

NICE is known internationally for its application of HTA to drugs approved for use in the English NHS. What is less well known is the variety of other applications pursued by NICE and the processes which led to its creation and currently to its continued evolution. In this talk the speaker will discuss the drive to make NICE a force for the improvement of health care and of health outcomes in England and the rest of the UK.

Topics covered will include a consideration of the involvement of the medical and allied professions in the early stage of the creation of the Institute; its expansion into all aspects of the delivery of health care; its attempts at transparency and inclusivity; its attempts to constantly improve the methods of HTA and its focus on implementation. □

## Przeglądy systematyczne Cochrane, Cochrane Collaboration w Polsce

Małgorzata Bała

1/2

### Abstrakt PL

Cochrane Collaboration (CC) to międzynarodowa organizacja non-for-profit działająca na zasadzie sieci współpracujących ze sobą osób zaangażowanych w opiekę zdrowotną (m.in. badaczy, praktyków, pacjentów). Organizacja powstała w 1993 roku w odpowiedzi na apel brytyjskiego epidemiologa Archie Cochrane, w którym zwrócił uwagę na brak podsumowań wyników istniejących badań z randomizacją w poszczególnych specjalnościach medycznych, poddanych ocenie wiarygodności i okresowo uaktualnianych.

CC promuje podejmowanie decyzji w oparciu o wiarygodne informacje naukowe (Evidence-based medicine) zawarte m.in. w przygotowywanych przez członków organizacji przeglądach systematycznych Cochrane. Przeglądy systematyczne Cochrane oceniają skuteczność interwencji terapeutycznych, profilaktycznych i diagnostycznych, nie mogą być finansowane ze źródeł komercyjnych. Praca CC dotyczy także aspektów metodologicznych, takich jak m.in. poszukiwanie badań, oceny jakości badań, metod statystycznych, metod oceny ekonomicznej itd. Każdy przegląd Cochrane powstaje według określonej procedury, opracowano także standardy metodologiczne do przygotowywania i raportowania przeglądu systematycznego (MECIR). Organizacja opracowała także podręcznik i oprogramowanie dla osób przygotowujących przeglądy. Przeglądy Cochrane publikowane są w Bibliotece Cochrane, która obejmuje obecnie ponad 8 tysięcy pozycji.

Utworzenie Polskiej Filii Nordic Cochrane Centre w ramach Pracowni Podejmowania Decyzji Klinicznych Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum zostało wstępnie zaakceptowane przez organizację w październiku 2014 roku.

## Cochrane systematic reviews, Cochrane Collaboration in Poland

Małgorzata Bała

2/2

### Abstract EN

Cochrane Collaboration is an international non-for-profit organization, acting as a network of cooperating people involved in healthcare (including researchers, practitioners, patients). The organisation was founded in 1993 in response to an appeal by the British epidemiologist Archie Cochrane, which highlighted the lack of summaries of the results of existing randomized controlled trials in various medical specialties, with their validity appraised and periodically updated.

Cochrane Collaboration promotes decision-making based on reliable scientific information (Evidence-based medicine), which includes Cochrane systematic reviews produced by the members of the organization. Cochrane systematic reviews assess efficacy of therapeutic, prophylactic and diagnostic interventions, they cannot be funded by commercial sources.

The work of Cochrane Collaboration also relates to methodological aspects, such as searching for studies, assessing study validity, statistical methods, methods for economic assessment etc. Each Cochrane review is developed according to a specific procedure, methodological standards for conducting and reporting systematic reviews were also developed (MECIR). The organisation also developed a handbook and software for those preparing systematic reviews. Cochrane reviews are published in Cochrane Library, which currently contains over 8000 records.

Establishing Polish Branch of the Nordic Cochrane Centre within Clinical Decision Unit of Jagiellonian University Medical College was initially accepted by the organisation in October 2014. □

## Rationed Care: The Canadian Model

Bacchus Barua | Senior Economist (Fraser Institute)

1/1

### Abstract

This presentation provides an introduction to the Canadian healthcare system. The first half will include a brief synopsis of the legal framework as well an examination of resources, outcomes, and costs from an international perspective. The second half will focus on the methodology and results of the Fraser Institute's annual survey of wait times for medically necessary treatment (Waiting Your Turn).

If time permits, a brief introduction will also be provided for 2 other Fraser Institute publications – the Hospital Report Card, which provides patients with performance indicators for hospitals, and the Provincial Healthcare Index, which provides a framework for ranking provinces according to the value they receive for money spent on healthcare.

The aim of the presentation is to highlight the importance of measurement in the context of potential for reform, the consequences of rationed health care, and the subsequent impact of such studies. □

## Uwagi o jakości stanowienia prawa medycznego

Maria Boratyńska

1/3

### Abstrakt

Wystąpienie poświęcone wskazaniu dysfunkcyjnych rozwiązań prawa medycznego na poziomie założeń i techniki legislacyjnej, a nie na poziomie aksjologii. Aksjologia jest kwestią odrębną, na marginesie tylko warto zauważyć, że nie budzi większych zastrzeżeń z punktu widzenia neutralności światopoglądowej, dlatego tych rozwiązań lepiej byłoby nie zmieniać.

Nie sposób jest zazwyczaj odgadnąć pierwotnego źródła wad w polskim prawie medycznym wobec braku spójnych założeń legislacyjnych, więc są to wszystko hipotezy w gruncie rzeczy nieweryfikowalne.

1. Pierwszą jest bezmyślność: tworzenie przepisów bez persepektywy skutków wejścia w życie lub uchylecia i bez odniesienia do reguł wykładni: jakby lekarze pisali bez pytania o radę prawników jako techników legislacyjnych. Projektodawcy wiedzieli, co chcieliby osiągnąć, ale nie umieli sprawnie napisać: język myślom kłamie i przepisy zwijają się jak w supły.
  - Jako pierwszy przykład – na kłopotliwe w interpretacji skomplikowanie przez odsyłanie do odesłań – zostanie omówiony blok przepisów o zgodzie pacjenta na leczenie.
  - Jako drugi - przepisy rozdz. 4 uzawlek. o eksperymencie na człowieku, które rażą wadliwym rozgraniczeniem między eksperymentem leczniczym a poznawczym; dwuznacznością kryterium skuteczności jako przesłanką dopuszczalności eksperymentu med. leczniczego; źle skonstruowanymi wyłączeniami i ograniczeniami podmiotowymi co do udziału w eksperymencie.
  - Trzecia wada prawidłowej legislacji polega na posługiwaniu się różnymi wyrażeniami w kontekstach wskazujących, że chodziło o to samo: np. opiekun faktyczny i osoba sprawująca opiekę faktyczną; różne określenia na niezdolność pacjenta do wyrażenia zgody; domniemanie racjonalności ustawodawcy nakazywałoby wyrażeniom różnym nadawać odmienne znaczenie, podczas gdy ich użycie w wypowiedziach normatywnych wskazuje na coś wręcz przeciwnego.

## Uwagi o jakości stanowienia prawa medycznego

Maria Boratyńska

2/3

- Mechaniczne reprodukowanie z zupełnie innych przepisów bez zastanowienia nad konsekwencjami: krąg osób uprawnionych do odbioru informacji o pacjencie niekompetentnym, co prowadzi do niezamierzonych przywilejów oraz nieuzasadnionych ograniczeń (np. teściowa, zięć, mąż wnuczki, ale rodzeństwo już nie).
- 2. Ustawa o prawach pacjenta nadużywa języka praw: namnożyło się przepisów zaczynających się od słów „pacjent ma prawo”, w okolicznościach, gdy jest to zupełnie zbędne: np. pozostawić biżuterię w depozycie. W rezultacie powstają katalogi „uprawnień”, które w literalnym brzmieniu są zbędne, bo nieegzekwowalne, a systemowo również zbędne, bo w pewnym zakresie dadzą się wyprowadzić z innych. Zaśmieszanie regulacji medycznych przepisami administracyjnymi dot. funkcjonowania placówki medycznej.
- 3. Stworzono przepisy, w których relacje między lekarzem a pacjentem są oparte wyłącznie na kryterium subiektywnej dobrej wiary lekarza, a nie na kryterium obiektywnie rozumianego dobra pacjenta - przywilej terapeutyczny oraz prawo pacjenta do zwołania konsylium: o ograniczeniu praw pacjenta decyduje subiektywne przekonanie lekarza - „wg oceny lekarza”. Nie można interpretować przepisów bez tego, bo byłoby naruszeniem reguł wykładni. W prawie nie może być nic zbędnego. Przymuszalnie jest to efekt niezrozumienia różnicy między dobrem pacjenta a subiektywną oceną dobra pacjenta przez lekarza.
- 4. Wprowadzone niejasne rozgraniczenie (wynikające przymuszalnie z braku jasnej koncepcji) co do praw przysługujących poszczególnym kategoriom pacjentów: małoletnim, ubezwłasnowolnionym całkowicie i częściowo oraz niekompetentnym faktycznie.
- 5. Niejasne kryteria aktualizacji pewnych obowiązków - por. „inne przypadki niecierpiące zwłoki” jako przesłanka obowiązku leczenia.

## Uwagi o jakości stanowienia prawa medycznego

Maria Boratyńska

3/3

6. Zdarza się, że bardzo dobre merytorycznie rozwiązania pojawiają się przypadkiem, w sposób niezamierzony i w taki sam sposób następnie z systemu znikają, np. prawo do przystępnej informacji o stanie zdrowia, prognozach leczenia... etc. W ustawie o zoz-ach była „odpowiednia” informacja włożona w kontekst proponowanego świadczenia zdrowotnego. Dawało się to interpretować w duchu subiektywistycznego modelu informowania pacjenta i miało dwie wady: ujęcie systemowe, ale przepis sformułowany eliptycznie, więc nieczytelny dla lekarzy; ponadto „odpowiedniość” wymaga relatywizacji: do czego – wiadomo – do treści podejmowanej decyzji. Wadą modelu subiektywistycznego jest zastosowanie go tylko w kontekście podejmowania decyzji, ale bez odpowiedzi na pytanie, jaki zasób informacji należy się pacjentowi tam, gdzie nie ma powiązania ze zgodą. Są takie konteksty sytuacyjne, gdzie prawo do informacji ma charakter samoistny - np. wyniki badań. Obecny przepis uzawlek. jest kazuistyczny, ale bardziej zrozumiały dla adresata pierwotnego, czyli lekarza. Póki obowiązywała ustawa o zoz-ach, przypuszczalnie niechęć powstał więc świetny system: synteza i kazuistyka: przy pierwszym kontakcie z pacjentem lekarz na podstawie uzawlek. miał obowiązki informacyjne określone kazuistycznie, natomiast na etapie negocjacji co do sposobu leczenia włączał się syntetyczny, ale zorientowany subiektywistycznie model informacyjny z ustawy o zoz-ach. Ten model mieszany został wylany razem z uchyleciem ustawy o zoz-ach.
7. Zaniechania legislacyjne: in vitro i macierzyństwo zastępcze; trans- i interseksualizm: uzgodnienie płci.



## How to bring policy into practice Are we missing something?

Aleš Bourek

1/1

### Abstract

Information Society we are a part of is the environment requesting paradigm changes in many areas of our thinking and doing. Improvement of the functionality of healthcare systems and the success of implemented strategies is a function of the volatility of the environment where they are implemented and is extremely dependent on unexpected turning points. The policy (learned and accepted code of attitudes, conduct and possibly of behavior) will initially affect only the population, which formed a part of the policy setting activity (project, training). Implementing policies into practice is a complex issue.

Dr. Bourek will try to show, that elements of complexity science must be considered in all projects related to healthcare improvement. He will present his view that social systems – such as healthcare services – cannot be successfully directed, but only disturbed. A living network chooses which disturbances to notice and how to respond. A message will get through to people in a community of practice when it is meaningful to them. He will present principles, processes and attitudes found beneficial for successful policy implementation in various healthcare environments. □

## Evidence-based quality improvement in Kaiser Permanente, a fully integrated U.S. healthcare delivery system

Jo Carol Hiatt

1/1

### Abstract

Kaiser Permanente is a not-for-profit United States integrated healthcare delivery system, founded in 1945. Kaiser Foundation Hospitals and Health Plan own and operate 38 hospitals, and insure 9.5 million members. The Permanente Medical Groups (>17,000 physicians) provide care to Kaiser members exclusively and are salaried with no incentive to recommend unneeded treatment. The organization has focused on evidence-based care since its inception, with a particular focus on health through effective prevention.

Kaiser Permanente is a possible model for other healthcare systems. Its commitment to quality improvement includes substantial research infrastructure, sophisticated electronic health records and supporting systems, population registries (chronic conditions, implants), and continuous assessment of all available data sources and expertise to inform all possible decisions. Technology procurement and deployment choices are evidence-based, following review of published literature as well as internal systems and experience. New deployments are tracked and pilots may be closed or scaled broadly when additional information is available. Examples will be shared. □

## Applying multi-criteria decision analysis for healthcare decision making

Maarten J. IJzerman | PhD

1/2

### About the speaker

Is a full professor of clinical Epidemiology & HTA and chair of the department Health Technology & Services Research at the University of Twente, the Netherlands. In 2013 and 2014 he has been the acting Scientific Director of MIRA, Institute for Biomedical Technology and Technical Medicine.

Maarten IJzerman received his MSc in 1993 in Biomedical Health Science at the University of Nijmegen, Faculty of Medical Sciences and a PhD in Biomedical Engineering at the University of Twente in 1997. Maarten and his team work on methods to evaluate the benefits of diagnostic and imaging technologies and on the application of outcomes research and decision analytic models to predict health economic impact of medical technologies in development. The early assessment research program intends to further enhance the revenues of public and private spending in biomedical research. An important methodological contribution is made in the use of multi-criteria decision models to elicit stakeholder- and patient preferences for health outcomes and technology. He has more than 130 peer-reviewed articles in the intersection of engineering, medicine and outcomes research.

Maarten IJzerman is a visiting adjunct professor at Case Western Reserve University in Cleveland (USA) and serves on numerous national and international boards and scientific committees. Maarten IJzerman is a member of the ISPOR board of directors 2013-2015 and is a member of the ISPOR Health Science Policy Council from 2015-2018. He is chair of the Committee for revising the Dutch Dutch Pharmacoeconomic guidelines (ZINL) and co-chair of the ISPOR taskforce Multi-Criteria Decision Analysis (MCDA). He is a member of the ISPOR taskforces on Simulation Modeling and Statistical Analysis of Conjoint studies. Since 2013, he initiated GITHE (Global Initiative for Translational Health Economics). A joint collaboration between the MIRA Research Institute of the University of Twente (the Netherlands), Antoni van Leeuwenhoek Hospital - Netherlands Cancer Institute (The Netherlands), the Fred Hutchinson Cancer Research Center in Seattle (USA), the University of York (UK), UMIT in Hall (Austria) and CRP-Santé and EPEMED (both based in Luxembourg).

Originating from their research program, Maarten IJzerman initiated the University spin-off company PANAXEA b.v. in 2010.

## Applying multi-criteria decision analysis for healthcare decision making

Maarten J. IJzerman | PhD

2/2

### Abstract

Regulators of medicines are facing increasing pressure to make their deliberations concerning the benefits and risk more transparent, scientific and patient-centric. Given that both benefits and risks are often measured via multiple (often interrelated) outcomes, any attempt to estimate preferences across benefits and risk must take into account the multiple criteria available. Multi-criteria decision analysis (MCDA) is a technique that stems from operations research and decisions sciences. In MCDA a decision problem is structured into a hierarchy of attributes followed by a series of pair-wise comparisons to obtain attribute weights directly from patients (and potentially any other stakeholder). In recent years MCDA is increasingly being applied to health care decisions, and health care regulators (e.g. EMA, FDA). HTA agencies (e.g. IQWiG, ZINL and NICE) have also expressed interest in evaluating and adopting the method to guide their benefit-risk and benefit-cost analyses respectively.

This presentation will introduce the basic concepts in Multi-Criteria Decision Analysis and will discuss current applications in Health Technology Assessment. The presentation will share experiences regarding the use of MCDA to guide market access and reimbursement of pharmaceuticals in several jurisdictions. □

## Ekonomika astmy w Polsce – analiza problemu

Prof. dr hab. med. Karina Jahnz-Różyk | Kierownik Zakładu immunologii i Alergologii Klinicznej Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie

1/1

### Abstrakt

Astma oskrzelowa to poważny problem zdrowia publicznego w Polsce i na świecie. Szczególnie wiele problemów rodzi diagnostyka i prowadzenie chorych na astmę trudną i ciężką, która stanowi 5% wszystkich chorych.

Od marca 2013 roku chorzy na ciężką alergiczną astmę oskrzelową są leczeni w ramach programu lekowego omalizumabem – humanizowanym przeciwciałem monoklonalnym anty Ig-E.

W prezentacji zostanie przedstawiona charakterystyka epidemiologiczna i kliniczna chorych na astmę ciężką w Polsce. Ponadto zostaną pokazane wstępne wyniki efektywności kliniczno- kosztowej leczenia omalizumabem. Problemy leczenia astmy w polskim systemie ochrony zdrowia zostaną oszacowane na podstawie analizy SWOT. □

## Dlaczego MCDA jest potrzebne w krajach Regionu CEE?

Katarzyna Kolasa

1/1

### Abstrakt

Nie istnieje idealny system opieki medycznej, który pozwala na zaspokojenie potrzeb zdrowotnych wszystkich obywateli. Poszukiwanie optymalnej alokacji zasobów w sektorze ochrony zdrowia jest wyzwaniem przed którym stają zarówno kraje bardziej i mniej rozwinięte.

Niewystarczające środki finansowe oznaczają, iż konieczne jest podjęcie trudnych wyborów komu i w jakiej kolejności zapewnić dostęp do leczenia.

Aby owe decyzje zostały zaakceptowane zarówno przez samych zainteresowanych jak i społeczeństwo, kluczowe jest określenie kryteriów jakimi decydenci powinni się kierować przy podejmowaniu rozstrzygnięć alokacyjnych. Wśród najczęściej wymienianych jest efektywność oraz równość i sprawiedliwość społeczna. Szerokie zastosowanie analizy efektywności kosztowej przyczynia się do dominacji efektywności nad równością i sprawiedliwością społeczną w decyzjach alokacyjnych. Rozwijające się nowe podejścia takie jak wielokryterialna procedura decyzyjna (ang. multi-criteria decision making, MCDA) mają na celu uwzględnienia szerokiego wachlarza kryteriów w procesie decyzyjnym przy jednoczesnym przypisaniu odpowiedniej wagi do każdego z nich. Celem prezentacji będzie podjęcie rozważań jakie są oczekiwania społeczeństwa w zakresie kryteriów alokacyjnych, jak wygląda podejmowanie decyzji przy zastosowaniu MCDA oraz wreszcie czy wprowadzenie takiego podejścia jest możliwe w krajach CEE gdzie ograniczenia finansowe skłaniają do kierowania się kryterium efektywności. □

## Ocena zewnętrzna, ciągłość i bezpieczeństwo opieki – jak wsparcie unijne kreuje zmiany dla poprawy?

Basia Kutryba

1/1

### Abstrakt PL

Akredytacja jako forma oceny zewnętrznej, przekazywanie pacjentów między poszczególnymi poziomami opieki oraz tzw. dobre praktyki (good organizational practices, patient safety practices, safe clinical practices) to obszary, które uzyskały wsparcie unijne w ramach różnych mechanizmów finansowania. Wspólnym mianownikiem wszystkich trzech obszarów jest bezpieczeństwo i jakość opieki nad pacjentem.

### Abstrakt EN

Accreditation as an external assessment model, patient handoffs among the different levels of care and good practices in the form of good organizational practices, patient safety practices, safe clinical practices: have all gained the EU support via different financial mechanisms. The common value of all three areas is patient safety and quality care. □

## Pro Aegrotis Oncologicis

Krzysztof Łanda, Anna Kordecka, Janusz Meder, Leszek Stabrawa

1/2

### Abstrakt

W Polsce obserwuje się wzrastającą liczbę zgonów z powodu nowotworów, braku w danych epidemiologicznych, niedobór pieniędzy na realizację świadczeń onkologicznych oraz problemy z dostępnością i jakością usług zdrowotnych. Ponadto niski jest wskaźnik wczesnych rozpoznań, powszechne zaś niezadowolenie pacjentów, złe oceny jakości opieki onkologicznej, kolejki, brak koordynacji leczenia, nieuzasadnione różnice w sposobie postępowania w wypadku identycznych problemów zdrowotnych, nieprzemysłane inwestycje uszczuplające fundusze na podstawowe i najpotrzebniejsze świadczenia onkologiczne, błędna wycena świadczeń czy niewykorzystany sprzęt.

W marcu 2014 r. cztery organizacje przygotowały kompleksową propozycję zmian w systemie opieki onkologicznej w Polsce: Fundacja Watch Health Care (WHC), Central & Eastern Society of Technology Assessment in Health Care (CEESTAHC), Panel Ochrony Zdrowia (POZ) i Polska Unia Onkologii (PUO).

Najważniejsze cele do osiągnięcia z perspektywy pacjenta to: jak najwięcej zdrowia przy ograniczonych funduszach (ang. value for money) oraz dobry, równy i sprawiedliwy dostęp do wysokiej jakości świadczeń onkologicznych – NFZ powinien najpierw kontraktować świadczenia „pierwszej potrzeby”, czyli te o najlepszym stosunku kosztu do uzyskiwanego efektu.

Rynek musi być regulowany z wielu powodów, ale skoro tak, powinien mieć sprawne mechanizmy i narzędzia regulacji, przy czym postuluje się minimalną konieczną regulację w celu niwelowania niedoskonałości rynku świadczeń. Chorym z nowotworem, podobnie jak cierpiącym na choroby nienowotworowe, najbardziej zależy na dostępności i jakości świadczeń. Kompleksowość natomiast dotyczy obu wymienionych pojęć, składa się na nią prowadzenie pacjenta z rozpoznaniem onkologicznym w systemie (informacja i wielospecjalistyczne zespoły), dbałość o dostępność i jakość świadczeń oraz propozycja przygotowywania i przesyłania raportów onkologicznych jako podstawy rozliczeń z płatnikiem, za co świadczeniodawcy byłiby dodatkowo opłacani.



## Pro Aegrotis Oncologicis

Krzysztof Łanda, Anna Kordecka, Janusz Meder, Leszek Stabrawa

2/2

Proponowane zmiany systemowe mogą przebiegać w sposób ewolucyjny lub rewolucyjny. Raporty onkologiczne wymusiłyby kompleksowość leczenia i prowadzenie chorego w systemie, zgodnie z GRP. Z czasem pozwoliłyby na faktyczne finansowanie świadczeniodawców zgodnie ze zweryfikowanym w Polsce DRG/JGP (jednolodne grupy pacjentów). Inną proponowaną zmianą jest wskazanie świadczeń pierwszej potrzeby, które nazwane zostały świadczeniami I i II poziomu referencyjnego. Do nich nie może być kolejek, powinny też być bardzo dobrze wycenione i kontraktowane bez limitu, a z czasem wykonywane bez żadnych kontraktów (podlegałyby jednak kontroli jakości).

Jeśli chodzi o onkologię, system ochrony zdrowia w Polsce ma wiele chorób, na które nie ma jednego lekarstwa. W celu osiągnięcia najlepszych wyników należy przygotować różne metody terapii i zastosować je w sposób skoordynowany. Wprowadzenie pojedynczych rozwiązań, które nie stanowią spójnej całości, prowadzi do chaosu oraz wynaturzeń w systemie. □

## **NICE quality standards – the Why, What and How they are used in England**

Val Moore

1/1

Val Moore will briefly introduce the current context in England in relation to the role of NICE to produce quality standards, especially the drivers for improvement, levers for quality in the system, and the pressures on affordability.

NICE quality standards – what they are, and how they can be used will be explained. Examples will show how local organisations have used them to improve care.

A few examples of the support NICE provides to help people to use quality standard will be given, including their cost and commissioning implications, and face to face help to embed them into local processes.

Finally NICE is developing a way to capture data on the uptake of guidance recommendations and quality standard measures so that people can understand their impact and help to provide further information on change over time. □

## Multi criteria decision-making and patient preferences: a stepping-stone towards patient centered HTA

Axel Mühlbacher

1/1

Patient centricity started a change of paradigms in health care decision-making. Patients can add valuable information and therefore patient evidence should be considered in approval, treatment and pricing decisions. Patient-centered outcomes are part of the answer to the challenges posed by complex clinical decision problems due to multiple outcomes.

Multiple decision criteria require that clinical and regulatory decisions be based on implicit value judgments of experts. Experts are under continuous pressure to make sure decisions are aligned with patients needs and result in a good performance. In order to fulfill this role and guarantee efficient decisions, experts must be fully informed about patients' preferences.

Therefore patients' preferences can be a valuable source of information, in order to inform clinical and regulatory decision makers. Moreover, those responsible have also to test if different patients attach different values to specific health care interventions. Heterogeneity in patients' preferences may lead to different perceptions of individual or social benefits and therefore result in different behavioral patterns.

Health technology assessment (HTA) rarely addresses the question of how patient groups value different treatment characteristics. The information provided should not only provide preferences but also cluster specific patient segments based on their preferences. Evidence about patients' preferences and patient segments will not only be a game changer in health care decision-making, but also impact the way health care delivery systems are organized.

This presentation is starting out with the problem of multiple decision criteria in health care decision-making and will demonstrate with the example of an IQWIG pilot project how to inform decision makers about patient preferences in order to compare competing health care interventions. Decision-makers have the wish to be informed about the expectations and needs of those affected and the public has a desire to have their preferences incorporated in setting priorities in health care. This need is already recognized, but not yet fully reflected in practice. □

## Implementing evidence-based organization and its impact on quality of care

Prof. Rosa Suñol MDS, PhD

1/1

### Abstract

The presentation will address how European hospitals have implemented patient safety strategies (PSS) and evidence-based organization of care pathways (EBOP) and examine the extent to which this is related to clinical quality of care in 294 clinical departments in 7 EU countries. There were substantial gaps between evidence and practice of PSS and EBOP in a sample of European hospitals and variations due to country differences were less important than within-country variations. A reflection will be done on the impact of this results into the effectiveness of current strategies of Agencies supporting quality development in different Member States. □

## Prescribing quality indicators – challenges and opportunities in Europe

Björn Wettermark M.Sc.Pharm, PhD

1/2

### About the speaker

Björn Wettermark is head of the analysis unit at the Department of Healthcare development at the regional health board of Stockholm, Sweden. This unit supports decision makers in the health system with quantitative and qualitative analyses on healthcare consumption, quality of care, adherence to guidelines and the effectiveness of various interventions. Björn is also affiliated to the Department of Clinical Pharmacology and the Centre for Pharmacoepidemiology at Karolinska Institutet as associate professor in pharmacoepidemiology. His research focuses on various drug utilization topics such as prescribing quality indicators, international comparisons of drug utilization, evaluation of prescribing doctors' adherence to guidelines and intervention studies to promote rational use of drugs. Recent research includes health policy ranging from assessment of effects of various policy decisions to development of methods for the appropriate introduction of new medicines. Other commitments include membership in national and regional strategic groups on medicine management, scientific advisor to the Swedish Pharmaceutical Benefits Board (TLV) and chair of the European Drug Utilization Research group, the European chapter of the International Society for Pharmacoepidemiology.

## Prescribing quality indicators – challenges and opportunities in Europe

Björn Wettermark M.Sc.Pharm, PhD

2/2

### Abstract

Quality indicators are increasingly used for benchmarking, as an auditing tool or to measure the effect of interventions. There is also a trend towards making data publicly available as well as linking indicators to payment to further stimulate quality of care. There are several challenges in this development and it is important that the indicators are properly validated. As drug therapy is an integral part of health care, quality indicators for drug prescribing are also needed. In theory, one can measure quality of prescribing on the level of the drugs prescribed, the disease treated or the effects on patients, with increasing levels of complexity. Several drug-related quality indicators have been introduced, focusing on the use of irrational (not evidence-based) drugs, ratios between different treatment alternatives, range of drugs or adherence to guidelines. These indicators are easily to calculate with aggregated sales data from wholesalers, pharmacies or health providers. They are useful to stimulate discussions around rational drug therapy, but have their limitations when assessing quality of care. The availability of patient-level data in reimbursement databases (saving the unique identifier of the patient) enables the development of more clinically relevant indicators to assess, e.g. prevalence, incidence, drug combinations, sequential order of the therapy or persistence. The opportunities to measure quality increase even further with access to data on diagnoses available in medical records or disease-based registries. A wide range of different prescribing indicators are now used in Europe and this presentation aims to give an overview of the possibilities to measure quality of prescribing with different data sources available showing examples from different countries. □

## Quality in Cancer Care: Activities in and Experiences from Austria

---

### Abstract

Because of rising costs and a need for decision-making on quality of cancer care, Austria has set up several quality initiatives. The presentation will focus on the following three initiatives:

#### A **Horizon Scanning System/ HSS:**

The establishment of a HSS for anticancer drugs in 2009 was an important tool to prepare drug commissions in Austrian hospitals for decisions to in- or exclude new medicines in/from the benefit catalogue. The HSS has the aim of facilitating the evidence-based use of anticancer therapies and of pre-estimating their potential financial implications in order to better inform decision-makers before the routine introduction of anti-cancer drugs into clinical practice. Until now 48 new drugs were assessed.

#### A **national Roadmap for coordinated cancer care:**

The spectrum of conditions classified under the term cancer poses particular challenges for quality measurement. Multimodal treatment combinations (surgery, chemo-, hormone-, immune-, radiation therapy) for this increasingly chronic illness frequently alternate between in- and outpatient settings. For these reasons Austria has, as many other European countries, launched a roadmap for increased coordination of care including indicators to measure the anticipated improvement of quality of care.

#### Report on **indicators to measure quality of cancer care:**

As a basis for measuring the quality of cancer care the LBI-HTA reported on ongoing activities and initiatives in the area of quality measurement in cancer care, worldwide. 17 complete indicator sets were found and presented. □

Gold Sponsors



**GILEAD**



GlaxoSmithKline



Silver Sponsors

The Lilly logo is written in a red, cursive script font.The abbvie logo is written in a blue, lowercase, sans-serif font.

Silver Sponsors



Bronze Sponsors

