

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

# HTA for Healthcare Quality Assurance



Prelegenci / Speakers:

- Jakub Adamski Poland  
Ronald L. Akehurst UK  
Małgorzata Bała Poland  
Bacchus Barua Canada  
Stefan Bogusławski Poland  
Maria Boratyńska Poland  
Aleš Bourek Czech Republic  
Brian Godman Sweden  
Jo Carol Hiatt USA  
Maarten IJzerman Netherlands  
Karina Jahnz-Różyk Poland  
Katarzyna Kolasa Poland  
Anna Kordecka Poland  
Basia Kutryba Poland  
Krzysztof Łanda Poland  
Wojciech Matuszewicz Poland  
Janusz Meder Poland  
Val Moore UK  
Axel Mühlbacher Germany  
Rafał Niżankowski Poland  
Leszek Stabrawa Poland  
Mitchell Sugarman USA  
Rosa Suñol Spain  
Björn Wettermark Sweden  
Claudia Wild Austria  
Magdalena Władysiuk Poland

# Final programme



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

**IX Międzynarodowym Sympozjum  
Evidence-Based Health Care**

**„HTA for Healthcare Quality Assurance”**,  
które odbędzie się w Krakowie w dniach  
15-16 grudnia 2014 roku.

Wraz z rozwojem medycyny koszty utrzymania systemów ochrony zdrowia stają się podstawowym problemem krajów Europy, Ameryki Północnej i Australii. Po dekadach doskonalenia metod leczenia i organizacji pracy nadszedł czas na troskę o zapewnienie ciągłości finansowania. Decydenci patrzą z niepokojem na rosnące lawinowo koszty, które gotowe są załamać system i pogrzebać ich wszystkich pod gruzami. W związku z tym pojęcia „dyscyplina budżetowa” i „racjonalizacja” stają się tematami publikacji i konferencji medycznych, a także debat środowisk lekarskich i politycznych.

Problemy z kosztami dostrzegają również uczestnicy systemu zdrowia znajdujący się na jego drugim biegunie: pacjenci, ich rodziny i bliscy. Coraz więcej grup czuje się pokrzywdzonych przez brak dostępu do najnowszych technologii, o których istnieniu doskonale wiedzą, a na które ich nie stać. Chorzy nie mają czasu na debaty i systematyczne poszukiwania rozwiązań. Żądają leczenia tu i teraz, póki nie jest dla nich za późno. Konflikt na tle niemożności finansowania wszystkich najnowszych technologii będzie narastał. Im bardziej postępowe (i kosztowne) będą same technologie, tym mniej cywilizowane staną się metody walki o dostęp do nich – walki o zdrowie i życie.

Odkładając na bok emocje, trzeba stwierdzić, że w ochronie zdrowia, podobnie jak w dziedzinach „produkcyjnych”, gdy gra toczy się o poprawę parametrów przy ograniczonych zasobach finansowych na scenę wkracza **JAKOŚĆ**.

W ochronie zdrowia występuje niesamowita różnorodność i gigantyczna skala kosztów. Nie ma co się łudzić, że oszczędności uzyskane z zarządzania jakością pojawiają się nagle

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

**9<sup>th</sup> International Evidence-Based  
Health Care Symposium**

**„HTA for Healthcare Quality Assurance”**  
that will take place in Cracow  
on December 15<sup>th</sup>-16<sup>th</sup>, 2014.

With the development of medicine, the maintenance costs of health care systems are becoming a fundamental problem in Europe, North America and Australia. After decades of improving treatment methods and work time organization it is time to care about ensuring continuity of financing the extended meticulously systems, providing the needies newer technologies. Policymakers watch with concern the increasing exponentially costs that are ready to break the system and bury them all. Therefore, the concept of „fiscal discipline” and „rationalization” become subjects of publications and medical conferences, as well as debates and political medical environments.

Problems with the costs are perceived even faster – often painfully – by participants of the health system located on the side: patients, their families and loved ones. More and more groups feel aggrieved by lack of access in the system to the latest technologies, the existence of which they know very well, and they can not afford them. We are witnesses of dramatic protests of parents of children affected by the ultra-rare diseases, patients with cancer and other groups. Patients do not have time to debate and systematic search for solutions. They demand treatment here and now, before it is too late for them. The conflict against the inability to finance all the latest technologies will continue to grow. The more advanced (and expensive) are the technologies themselves, the less methods of fighting – the struggle for life and health – for access to them become civilized.

Putting aside the emotions, it must be said that in health care, the same as in the areas of „production” when the game is about improving the performance with the limited financial resources, appears **QUALITY**.

po dokonaniu jednej korekty w kluczowym obszarze. Prawdziwe oszczędności będą sumą wielu poprawek dokonywanych ciągle na każdym odcinku przebiegu procesu i na każdym szczeblu organizacji. To proces długotrwały i żmudny.

Jakość w ochronie zdrowia jest pojęciem wielowymiarowym, które może być inaczej rozumiane przez różnych jego uczestników. Dla jednych to lepsze wyniki, dla innych przyśłowiu „telewizor z sali jednoosobowej”, a jeszcze dla innych stosowanie EBM.

Jesteśmy przekonani, że dla osiągnięcia przełomowych efektów poprawa jakości musi dotyczyć wszystkich pól działania:

- prawodawstwa i planowania,
- wdrażania,
- monitorowania,
- działań naprawczych.

Łatwo zauważyć, że wymienione aspekty wpisują się w **koło jakości cyklu Deminga**, które nie bez przyczyny obraliśmy za symbol tegorocznego spotkania.

Planowane sesje / **Planned sessions:**

1. Guidelines for HTA – developments
2. Legacy in health care system
3. How does funding translate into improvement. The impact of EU funded projects upon the quality developments in European Healthcare – in association with ESQH
4. Multi-criteria decision making – a new approach to decision making
5. Quality standards in clinical practice - paediatrics, drug programmes
6. Aspects of quality in oncology care
7. Quality assurance in system – indicator, databases and other tools

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

With the great diversity and scale of costs occurring in health care savings from quality management does not appear suddenly after a correction in the key area. Real savings will be the sum of the number of amendments made continuously in each section of the process and at every level of the organization. It is like checking each section of pipe and plugging each tiny leak - is a long and tedious process.

Quality in health care is a multidimensional concept that can be understood differently by different participants. For some it is better for the other proverbial „TV set with in single room” and yet for others the use of the EBM.

We believe that to achieve the dramatic effects of quality, changes must apply to all aspects of health care:

- legislation and planning
- implementation,
- monitoring,
- corrective actions.

It is easy to notice that these aspects are part of the **quality circle in Deming cycle**, which is not without reason that we have chosen them as a symbol of this year's meeting.

We hope for your interest and support of colleagues from the CEE countries and other parts of the world. You are welcome!

Łączę wyrazy szacunku,

Your faithfully,



Magdalena Władysław

Prezes CEESTAHC / **President of CEESTAHC**

**Poniedziałek, 15 grudnia 2014 / Monday, December 15<sup>th</sup>, 2014**  
**9:30 – 17:20**

| Numer i tytuł sesji, temat wykładu / <i>Session, lecture topic</i>  | Prelegent / <i>Speaker</i>                         |  |
|---|--|---|
| <b>Otwarcie Sympozjum / Opening of the Symposium</b><br>Moderator: Magdalena Władysiuk  | Czas trwania / <i>Duration</i> :<br>9.30 - 10.25*  |   |
| Dążąc do doskonałości w wynikach zdrowotnych: Komentarz na temat historii i praktyk HTA w National Institute for Health and Care Excellence (NICE) w Wielkiej Brytanii / <i>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</i> | Ron Akehurst                                       | 40 min.   |
| Przerwa na kawę / <i>Coffee-break</i>   |  | 15 min.   |
| <b>Sesja 1: Guidelines for HTA - developments</b><br>Moderator: Magdalena Władysiuk   | Czas trwania / <i>Duration</i> :<br>10.40 - 12.05* |   |
| Kierunki rozwoju oceny technologii medycznych (HTA) i taryfikacji w Polsce / <i>Directions for development of HTA and tariff setting in Poland</i>  | Wojciech Matuszewicz                               | 25 min.   |
| Standardy jakości NICE – Co, jak i dlaczego stosowane jest w Anglii / <i>NICE quality standards – the Why, What and How they are used in England</i>  | Val Moore  | 25 min.   |
| Przeglądy systematyczne Cochrane, Cochrane Collaboration w Polsce / <i>Cochrane systematic reviews, Cochrane Collaboration in Poland</i>  | Małgorzata Bała                                    | 20 min.   |
| Przerwa na kawę / <i>Coffee-break</i>   |  | 15 min.   |
| <b>Sesja 2: Legacy in health care system</b><br>Moderator: Jakub Adamski  | Czas trwania / <i>Duration</i> :<br>12.20 - 13.15* |   |
| Uwagi o jakości stanowienia prawa medycznego / <i>A few remarks on the quality of medical legislation</i>   | Maria Boratyńska                                   | 25 min.   |
| Stanowienie a jakość prawa w ochronie zdrowia w Polsce / <i>Lawmaking and quality of law in the Polish health care system</i>   | Jakub Adamski                                      | 20 min.   |
| Lunch   |  | 45 min.   |



## Uwaga! Attention!

Firma obsługująca tłumaczenia symultaniczne wymaga pozostawienia dowodu tożsamości jako kaucję za zestaw słuchawkowy. / *At the request of the company providing simultaneous interpretation you will be asked to deposit your ID card when receiving your audio set-up.*

Po każdej sesji panele dyskusyjne z prelegentami. Symultaniczne tłumaczenie wszystkich wystąpień na język polski i angielski / *The time for panel discussion with the speakers will be provided within each session. Simultaneous translation of all speeches into Polish and English.*

| <b>Poniedziałek, 15 grudnia 2014 / Monday, December 15<sup>th</sup>, 2014</b><br>9:30 – 17:20  |  |   |
|--|--|---|
| Numer i tytuł sesji, temat wykładu / <i>Session, lecture topic</i>   | Prelegent / <i>Speaker</i>                         |  |
| <b>Sesja 3: How does funding translate into improvement. The impact of EU funded projects upon the quality developments in European Healthcare – in association with ESQH</b><br>Moderator: Barbara Kutryba  | Czas trwania / <i>Duration</i> :<br>14.00 - 15.30* |   |
| Wdrożenie organizacji opartej na dowodach naukowych i jej wpływ na jakość opieki / <i>Implementing evidence-based organization and its impact on quality of care</i>   | Rosa Suñol   | 25min.  |
| Jak przenieść cele polityczne na rzeczywistość. Czy coś nam umyka? / <i>How to bring policy into practice. Are we missing something?</i>   | Aleš Bourek  | 25min.  |
| Ocena zewnętrzna, ciągłość i bezpieczeństwo opieki – jak wsparcie unijne kreuje zmiany dla poprawy? / <i>External evaluation, continuity and safety of care – how does EU support create changes leading to improvement?</i>                           | Barbara Kutryba                                    | 25min.  |
| Przerwa na kawę / <i>Coffee-break</i>  |  | 15min.  |
| <b>Sesja 4: Multi-criteria decision making – a new approach to decision making</b><br>Moderator: Katarzyna Kolasa  | Czas trwania / <i>Duration</i> :<br>15.45 - 17.20* |   |
| Zastosowanie wielokryterialnej procedury decyzyjnej w procesie podejmowania decyzji dotyczących opieki zdrowotnej / <i>Applying multi-criteria decision analysis for healthcare decision making</i>  | Maarten IJzerman                                   | 40min.  |
| Wielokryterialna procedura decyzyjna a preferencje pacjentów: krok w kierunku oceny technologii medycznych skoncentrowanej na pacjencie / <i>Multi criteria decision-making and patient preferences: a stepping-stone towards patient centered HTA</i> | Axel Mühlbacher                                    | 20min.  |
| Dlaczego MCDA jest potrzebne w krajach Regionu CEE? / <i>Why is MCDA needed in CEE countries?</i>  | Katarzyna Kolasa                                   | 20min.  |

**Poniedziałek, 15 grudnia 2014 / Monday, December 15<sup>th</sup>, 2014**


Kraków, al. Jana Pawła II 39

Zwiedzanie Muzeum Lotnictwa (dla zgłoszonych osób): godz. 19.15 – 20.00

*Guided visit to the Polish Aviation Museum: 7.15 p.m. – 8.00 p.m.***Kolacja z ekspertami** w Muzeum Lotnictwa Polskiego godz. **20:00 – 23:45**Temat spotkania: **Asy przestworzy**. Kostiumy z akcentami lotniczymi mile widziane!**„Meet the Experts” gala dinner** in Polish Aviation Museum **8.00 p.m. – 11.45 p.m.**Theme of the event: **Aces of the sky**. Costumes with aviation touches are very welcome!

**Wtorek, 16 grudnia 2014 / Tuesday, December 16<sup>th</sup>, 2014**

**9:30 – 15:00**

| Numer i tytuł sesji, temat wykładu / <i>Session, lecture topic</i>  | Prelegent / <i>Speaker</i>   |  |
|---|--|---|
| <b>Sesja 5: Quality standards in clinical practice – paediatrics, drug programmes</b><br>Moderator: Karina Jahnz-Różyk  | Czas trwania / <i>Duration</i> :<br>9.30 - 10.45*                      |   |
| Bieżące działania podejmowane w Europie w celu optymalizacji porozumień dla wprowadzania nowych leków / <i>Ongoing activities across Europe to optimise the managed entry of new medicines</i>  | Brian Goodman  | 20 min.   |
| Ekonomia astmy w Polsce - analiza problemu / <i>The economics of asthma in Poland – a problem analysis</i>  | Karina Jahnz-Różyk   | 20 min.   |
| Reglamentowana opieka: model kanadyjski / <i>Rationed Care: The Canadian Model</i>  | Bacchus Barua  | 20 min.   |
| Przerwa na kawę / <i>Coffee-break</i>   |  | 15 min.   |
| <b>Sesja 6: Aspects of quality in oncology care</b><br>Moderator: Krzysztof Łanda   | Czas trwania / <i>Duration</i> :<br>11.00 - 12.35*                     |   |
| Jakość w onkologii: austriackie działania i doświadczenia / <i>Quality in Cancer Care: Activities in and Experiences from Austria</i>   | Claudia Wild   | 25 min.   |
| Pro Aegrotis Oncologicis  | Janusz Meder,<br>Krzysztof Łanda,<br>Leszek Stabrawa,<br>Anna Kordecka | 55 min.   |
| Lunch   |  | 45 min.   |
| <b>Sesja 7: Quality assurance in system – indicator, databases and other tools</b><br>Moderator: Mitchell Sugarman  | Czas trwania / <i>Duration</i> :<br>13.20 - 15.00*                     |   |
| Wskaźniki jakości w przypisywaniu leków – europejskie wyzwania i szanse / <i>Prescribing quality indicators – challenges and opportunities in Europe</i>  | Björn Wettermark   | 25 min.   |
| Poprawa jakości oparta na dowodach naukowych w Kaiser Permanente, w pełni zintegrowanym systemem zapewniania opieki zdrowotnej w USA / <i>Evidence-based quality improvement in Kaiser Permanente, a fully integrated U.S. healthcare delivery system</i> | Jo Carol Hiatt   | 25 min.   |
| Dobór terapii do refundacji a uzyskiwane efekty kliniczne. Refundacja nowych terapii HCV jako wyzwanie / <i>The choice of therapy to be reimbursed vs. the achieved clinical outcomes. Reimbursement of new HCV therapies as a challenge</i>              | Stefan Bogusławski   | 15 min.   |
| Kliniczne i kosztowe skutki stosowania antybiotykoterapii w polskim szpitalu / <i>Clinical and cost effects of antibiotic treatment in Polish hospitals</i>   | Rafał Niżankowski  | 15 min.   |
| Zamknięcie Sympozjum / <i>Closure of the Symposium</i>  |  | 5 min.  |

\* w czasie sesji wliczono czas dyskusji / *discussion time included*

## Miejsca / Locations

- (A)** Hotel Park Inn / **Park Inn Hotel**  
Kraków, Monte Cassino 2
- (B)** Dworzec Główny / **Central Station**  
Kraków, Plac Nowaka-Jeziorańskiego
- (C)** BlueBells Apartments  
Kraków, Starowiślna 22  
Muzeum Lotnictwa Polskiego  
**Polish Aviation Museum**  
Kraków, al. Jana Pawła II 39

## Dojazd do hotelu Park Inn Communication to the Park Inn Hotel

Radio Taxi „Dwójki”  
tel./phone: 12 196 22, 12 422 22 22  
**10% zniżki na hasło:**  
**„Symposium EBHC”**

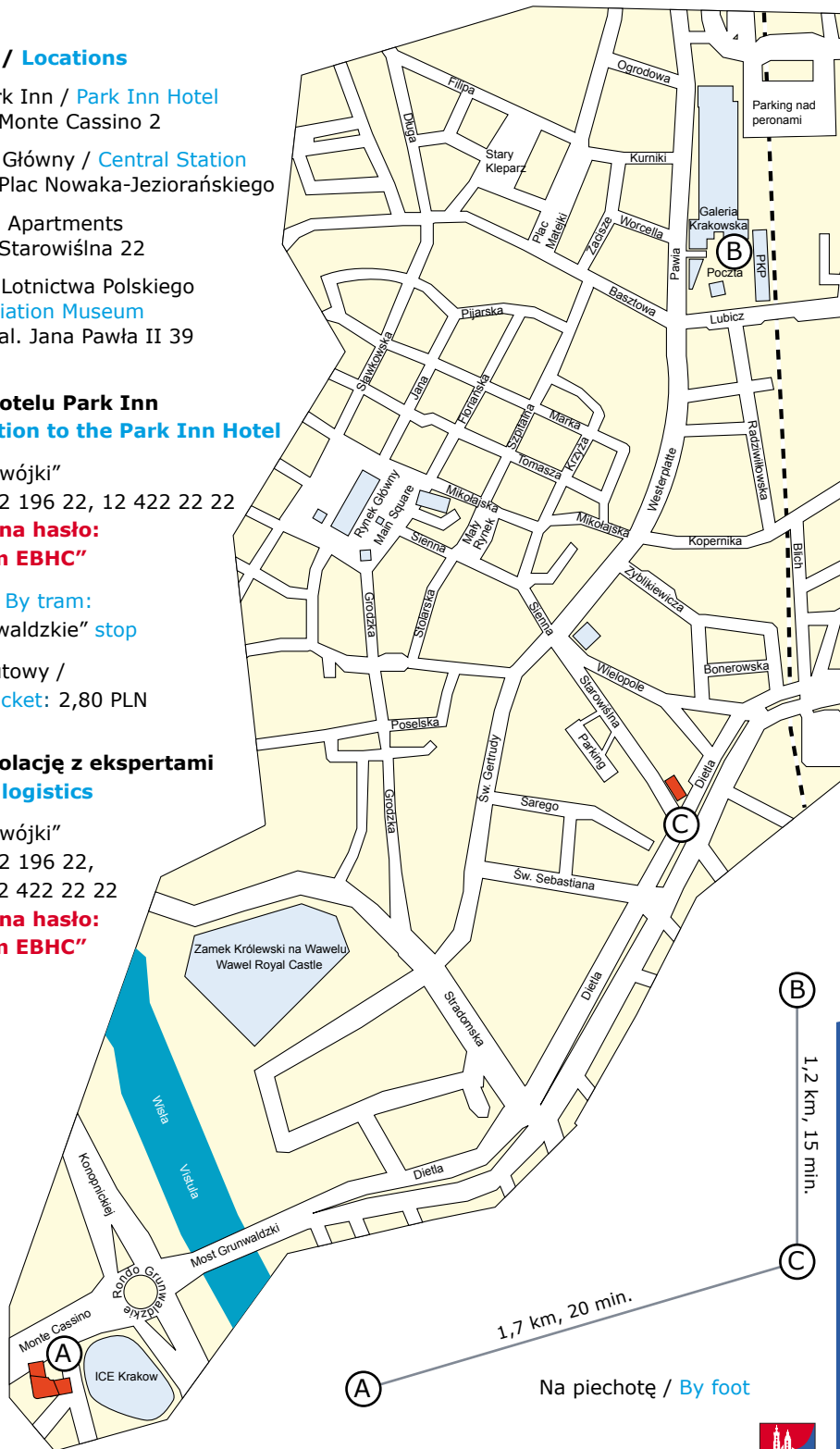
Tramwajem / **By tram:**  
„Rondo Grunwaldzkie” **stop**

Bilet 20-minutowy /  
20-minutes ticket: 2,80 PLN

## Dojazd na kolację z ekspertami Gala dinner logistics

Radio Taxi „Dwójki”  
tel./phone: 12 196 22,  
12 422 22 22

**10% zniżki na hasło:**  
**„Symposium EBHC”**



**Poniedziałek, 15 grudnia 2014 / Monday, December 15<sup>th</sup>, 2014**

|  |  |         |
|--|--|---------|
| <b>Sesja 1: Guidelines for HTA - developments</b><br>Moderator: Magdalena Władysiuk  | Czas trwania / Duration:<br><b>10.40 - 12.05</b> |         |
| Kierunki rozwoju oceny technologii medycznych (HTA) i taryfikacji w Polsce / <a href="#">Directions for development of HTA and tariff setting in Poland</a>    | Wojciech Matuszewicz                             | 25 min. |
| Standardy jakości NICE – Co, jak i dlaczego stosowane jest w Anglii / <a href="#">NICE quality standards – the Why, What and How they are used in Englandt</a> | Val Moore  | 25 min. |
| Przeglądy systematyczne Cochrane, Cochrane Collaboration w Polsce / <a href="#">Cochrane systematic reviews, Cochrane Collaboration in Poland</a>              | Małgorzata Bała                                  | 20 min. |
| Przerwa na kawę / <a href="#">Coffee-break</a>   |  | 10 min. |

Wytyczne oceny technologii medycznych powstały w celu uregulowania zakresu metodyki i wiarygodności opracowywanych i składanych raportów HTA. Są wykorzystywane przez decydentów i analityków z agencji HTA. Wraz z ewolucją agencji HTA zmienia się metodyka, systemy i zakres wymaganych informacji – ewoluują więc i wytyczne.

W ramach sesji chcemy rozpocząć dyskusje nad kierunkami rozwoju wytycznych oceny technologii medycznych w Polsce. Czy warto co kilka lat je aktualizować lub co kilka lat od nowa ustalać kto ten proces powinien inicjować, a kto wyznaczać kierunki zmian? Dyskusje toczące się na świecie zaczynają skupiać się na mechanizmach wspomagających podejmowanie decyzji refundacyjnych i wydawanie rekomendacji. Coraz więcej uwagi poświęca się też kosztom pośrednim oraz zmianie podejścia do analiz dla chorób rzadkich. Czas aby w Polsce zakończyć ustalenie w którym kierunku iść i zdecydowanie ruszyć z miejsca.

Nie można zapominać że rozwój HTA jest mocno związany z rozwojem EBM i działalnością Cochrane Collaboration – międzynarodowej organizacji non-for-profit działającej na zasadzie sieci współpracujących ze sobą osób zaangażowanych w opiekę zdrowotną (m.in. badaczy, praktyków, pacjentów).

Health Technology Assessment guidelines were have been created to regulate the methodology and reliability of the developed and submitted HTA reports. They are used by policy makers and analysts in HTA agencies. Along with the evolution of HTA agencies, the methodology, systems and scope of required information change – and so, in consequence, the guidelines evolve as well.

During this session we want to initiate a discussion about the directions of development of guidelines for health technology assessment in Poland. Is it worth to update them or determine who should initiate the process and who should set the general direction for change every few years? Discussions held all over the world begin to focus on the mechanisms supporting reimbursement decisions and issuing recommendations. More and more attention is also paid to indirect costs and changing the approach to analyses regarding rare diseases. It is high time to decide which path Poland should take and take strong action.

One should bear in mind that the development of HTA is strongly associated with the development of EBM and the Cochrane Collaboration activity – an international non-for-profit organisation operating as a cooperation network of people involved in health care (including researchers, practitioners, patients).





Organizacja powstała w 1993 roku w odpowiedzi na apel brytyjskiego epidemiologa Archie Cochrane, który zwrócił uwagę na brak podsumowań wyników istniejących badań z randomizacją w poszczególnych specjalnościach medycznych, poddanych ocenie wiarygodności i okresowo uaktualnianych. Cochrane Collaboration promuje podejmowanie decyzji w oparciu o wiarygodne informacje naukowe (EBM) zawarte m.in. w przygotowywanych przez członków organizacji przeglądach systematycznych Cochrane. Przeglądy systematyczne Cochrane oceniają skuteczność interwencji terapeutycznych, profilaktycznych i diagnostycznych. Analizy Cochrane nie mogą być finansowane ze źródeł komercyjnych. Obecnie szacuje się, że ponad 30 tysięcy osób ze 120 krajów świata jest zaangażowanych w aktywności w ramach Cochrane Collaboration.

Przeglądy Cochrane publikowane są w Bibliotece Cochrane, która obejmuje obecnie ponad 8 tysięcy pozycji. Działalność Cochrane Collaboration w Polsce przechodziła różne etapy i być może zostanie wkrótce wznowiona w poszerzonym zakresie. Zapewne nie pozostanie to bez wpływu na polskie instytucje zajmujące się oceną technologii medycznych i wytycznymi klinicznymi.

W nieco innym kierunku idzie współpraca z NICE – oprócz tworzenia raportów HTA i wytycznych klinicznych, obejmuje również wyznaczanie standardów jakości w określonych dziedzinach klinicznych. Zespół norm jakości NICE rozwija się jako przegląd dla obszarów określonych na podstawie zlecenia Ministerstwa Zdrowia. Ocena NICE jest związana z podstawowymi elementami, takimi jak populacja, określony stan zdrowia, lista kluczowych zaleceń oraz określenie źródeł pozwalających na zapewnienie pożądanej jakości opieki (w tym socjalnej) w ramach systemu zdrowia publicznego. □

The organisation was founded in 1993 in response to an appeal of a British epidemiologist, Archie Cochrane. He noticed the lack of collations of results of existing randomised controlled trials in various medical specialties which would be evaluated in terms of reliability and regularly updated. The Cochrane Collaboration promotes an evidence-based decision-making process, included, among others, in systematic reviews prepared by members of the Cochrane Collaboration..The Cochrane systematic reviews evaluate the effectiveness of therapeutic, prophylactic and diagnostic interventions. Cochrane analyses cannot be financed from commercial sources. Currently, it is estimated that more than 30 000 people from 120 countries are involved in the Cochrane Collaboration activity. The Cochrane reviews are published in the Cochrane Library, which now includes more than 8 000 publications.

The Cochrane Collaboration activity in Poland has undergone various stages and it might be resumed in an extended range. This will most likely impact Polish institutions involved in health technology assessment and clinical guidelines.

Collaboration with NICE is headed in a slightly different direction -- in addition to creating HTA reports and clinical guidelines, it also includes determining quality standards in specific clinical areas. The set of NICE quality standards is being developed as a review for the areas indicated by the Ministry of Health. NICE evaluation is based on basic elements, such as population, health condition, list of key recommendations and identification of sources ensuring the desired quality of care (including social care) within the public healthcare system. □



**Poniedziałek, 15 grudnia 2014 / Monday, December 15<sup>th</sup>, 2014**

|   |                  |  |         |
|---|------------------|--|---------|
| <b>Sesja 2: Legacy in health care system</b>  |                  | Czas trwania / Duration:<br><b>12.20 - 13.15</b> |         |
| Moderator: Jakub Adamski  |                  |  |         |
| Uwagi o jakości stanowienia prawa medycznego / <i>A few remarks on the quality of medical legislation</i>                     | Maria Boratyńska | 25 min.  |         |
| Stanowienie a jakość prawa w ochronie zdrowia w Polsce / <i>Lawmaking and quality of law in the Polish health care system</i> | Jakub Adamski    | 20 min.  |         |
|   |                  | Lunch  | 45 min. |

Problem jakości prawa i jego stanowienia podnoszony jest w dyskusji publicznej od wielu lat. Powszechnie przedstawiane są postulaty dobrego prawa. Powinno ono być efektywne w osiąganiu celów, stosować narzędzia do nich proporcjonalne oraz wymagające jak najmniejszych nakładów, wewnętrznie spójne, a przy tym czytelne i zrozumiałe dla przeciętnego obywatela. I przede wszystkim nie powinny ono obywatelowi szkodzić. Wraz ze wzrostem poziomu skomplikowania stosunków łączących różne podmioty prywatne i publiczne oraz powiązań wykraczających poza jeden system prawny wzrasta potrzeba podejmowania konkretnych działań w tym zakresie.

Już blisko 10 lat temu podjęto próbę kompleksowego (ilościowego i jakościowego) zdiagnozowania największych grzechów polskiej legislacji. W przedstawionym w 2005 roku przez EY raporcie pt. „Stanowienie prawa w Polsce. Reguły legislacyjne a jakość ustawodawstwa” wskazano m.in. następujące problemy:

- nadmierna regulacja – występuje nie tylko zbyt duża liczba aktów prawnych (ustaw i rozporządzeń) regulujących zagadnienia, ale również regulacja zagadnień, które tego nie wymagają,
- niestabilność prawa - zbyt częsta nowelizacja aktów prawnych uniemożliwia planowanie działań z odpowiednim wyprzedzeniem i przewidywanie ich konsekwencji,
- sektorowość prawa - wprowadzanie zbyt wiele wyjątków od ogólnych zasad prawa,
- zbyt duża szczegółowość regulacji dla zaspokajania doraźnych potrzeb.

The problem of quality of law and the legislative process has been publically debated for many years. Demands for “good law” are commonly postulated. Law should help effectively achieve objectives, use proportionate tools and require the least resources, internally consistent, and yet clear and understandable to the average citizen. And most of all, it should not act to the detriment of the citizen. As the relations between various public and private entities and relationships extending beyond a single legal system become more complex, the need to take concrete action in this field increases.

An attempt to comprehensively (quantitatively and qualitatively) diagnose of major perpetrations of the Polish legislation was made nearly ten years. An EY report entitled „The legislative process in Poland. Legislative rules and the quality of legislation” published in mentions, among others, the following problems:

- over-regulation – not only are the legal acts (laws and regulations) regulating various issues too numerous, but they also regulate issues which do not require it,
- instability of the law – amending legislation with excessive frequency makes it impossible to plan activities in advance and anticipate their consequences,
- the “sartorial nature” of law – applying too many exceptions to the general principles of law,
- the regulations are too detailed to satisfy immediate needs.



Wszystkie wskazane powyżej problemy skupiają się jak w soczewce w legislacji związanej z ochroną zdrowia, która szczególnie silnie oddziałuje na obywateli. Jednocześnie bliższe spojrzenie na obecną sytuację ujawnia braki w planowaniu, przygotowaniu, wdrażaniu oraz kontroli skutków obowiązujących przepisów. Problemy te związane są zarówno z brakami w zasobach ludzkich, jak i niedoskonałością istniejących procedur legislacyjnych – w szczególności w zakresie konsultacji opracowywanych aktów ze stroną społeczną i ekspertami, a także znacznym upolitycznieniem dyskusji.

Sesja zostanie poświęcona pogłębionej diagnozie problemów, które dotyczą prawnego ochrony zdrowia, w szczególności ustawom nimi najbardziej dotkniętymi. Zostaną również przedstawione przykłady rozwiązań służących zapewnianiu wysokiej jakości stanowionego prawa stosowane na świecie. □

All of these problems are present also present in the legislation related to health care, which impacts citizens particularly strongly. At the same time a closer look at the current situation reveals shortcomings in planning, preparing, implementing and controlling the effects of applicable legislation. These problems are related both to deficiencies in human resources and the imperfection of existing legislative procedures– especially with regard to consultations of drafted legal acts with experts, as well as considerable politicisation of the discussion.

This session will be devoted to an in-depth diagnosis of the problems which affect health care law, particularly those legal acts which are most problematic. Examples of solutions ensuring high quality legislation used worldwide will also be presented. □

### **Komitet Naukowy (SPC) / Scientific Program Committee**

Karina Jahnz Rózyk  
Brian Godman  
Mitchell Sugarman  
Wojciech Matuszewicz

### **Komitet Organizacyjny (LOC) / Local Organizing Committee**

Magdalena Władysiuk  
Maciej Dziadyk  
Tomasz Jan Prycel  
Tanja Novakovic  
David Danko  
Ales Bourek  
Tomas Dolezal  
Piotr Miazga



**Poniedziałek, 15 grudnia 2014 / Monday, December 15<sup>th</sup>, 2014**

|  |  |               |
|--|--|---------------|
| <p><b>Sesja 3: How does funding translate into improvement. The impact of EU funded projects upon the quality developments in European Healthcare – in association with ESQH</b></p> <p>Moderator: Barbara Kutryba</p>                       | <p>Czas trwania / Duration:<br/><b>14.00 - 15.30</b></p> |               |
| <p>Wdrożenie organizacji opartej na dowodach naukowych i jej wpływ na jakość opieki / <a href="#">Implementing evidence-based organization and its impact on quality of care</a></p>   | <p>Rosa Suñol</p>  | <p>25min.</p> |
| <p>Jak przełożyć cele polityczne na rzeczywistość. Czy coś nam umyka? / <a href="#">How to bring policy into practice. Are we missing something?</a></p>   | <p>Aleš Bourek</p>                                       | <p>25min.</p> |
| <p>Ocena zewnętrzna, ciągłość i bezpieczeństwo opieki – jak wsparcie unijne kreuje zmiany dla poprawy? / <a href="#">External evaluation, continuity and safety of care – how does EU support create changes leading to improvement?</a></p> | <p>Barbara Kutryba</p>                                   | <p>25min.</p> |
| <p>Przerwa na kawę / <i>Coffee-break</i></p>   |  | <p>15min.</p> |

26 lutego 2014 r. Parlament Europejski przyjął trzeci program działań w dziedzinie zdrowia. Został on również przyjęty przez Radę. Opublikowany został również program prac na rok 2014, mający na celu realizację trzeciego programu działań w dziedzinie zdrowia. Co więcej, Agencja Wykonawcza ds. Konsumentów, Zdrowia i Żywności (Chafea) ogłosiła zaproszenia do składania ofert projektów - szczegółowe informacje dostępne są na stronie internetowej Chafea. Ale w jaki sposób przekłada się to na zmiany prowadzące do poprawy? Jak to wygląda w państwach członkowskich? Każde ulepszenie stanowi zmianę, jednak nie już jest tak oczywiste, że każda zmiana jest ulepszeniem.

Jak wykorzystujemy wyniki, ustalenia i zalecenia projektów finansowanych przez UE? Czy doceniamy je, nadajemy im wartość polityczną i wdramy? Czy tylko celebруем współpracę w projekcie i związane z nim uznanie, dobrze się bawimy zwiedzając atrakcyjne miejsca w Europie i porzucamy to wszystko zaraz po zakończeniu projektu? Może należałoby przededefiniować kształcenie na projektach (PBL) tak, by sięgać poza projekt, zwłaszcza po jego zakończeniu?

On 26 February 2014 the third Health Programme was adopted by the European Parliament and by the Council. The 2014 work programme to implement the third Health Programme has been published. And CHAFEA has launched calls for proposals for projects, with detailed information available then on the CHAFEA website. But how does this translate into a change leading to an improvement? How does this issue look like in other EU Member States? Every improvement is a change, however not every change turns out to be an improvement.

How do we use the results, findings and recommendations resulting from EU-funded projects? Do we appreciate them, grant them political value and implement them? Or do we just celebrate the project partnership and the recognition, have a good time and ride around attractive European locations, and leave it all as soon as the project is over? Shall we redefine PBL as project based learning for the purpose of going further than a project, especially after it is completed?



Sesja służyć będzie omówieniu wyników niektórych inicjatyw finansowanych lub współfinansowanych przez Unię Europejską: projektów badawczych DuQUE oraz HANDOVER oraz wspólnego działania w zakresie bezpieczeństwa pacjentów i jakości opieki zdrowotnej (PaSQ), a także przedstawieniu wyzwań wiążących się z zarządzaniem w czasie kryzysu, stojących przed paneuropejską organizacją zorientowaną na jakość. Zarządzaniem, które przy odrobinie szczęścia pozwoli przetrwać. □

The session aims at discussing the outcomes of some EU-funded initiatives: the DuQUE and HANDOVER research projects and one of the EU co-funded Joint Actions: the Joint Action on Patient Safety and Quality of Care, as well as provide an insight into management challenges of the EU-wide and quality-oriented organisation in the time of crisis – management in space and time. Hopefully leading to survival. □

### **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 lekových i nielekových 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.



**Poniedziałek, 15 grudnia 2014 / Monday, December 15<sup>th</sup>, 2014**

|   |  |         |
|---|--|---------|
| <b>Sesja 4: Multi-criteria decision making – a new approach to decision making</b><br>Moderator: Katarzyna Kolasa   | Czas trwania / Duration:<br><b>15.45 - 17.20</b> |         |
| Zastosowanie wielokryterialnej procedury decyzyjnej w procesie podejmowania decyzji dotyczących opieki zdrowotnej / <a href="#">Applying multi-criteria decision analysis for healthcare decision making</a>  | Maarten IJzerman                                 | 40 min. |
| Wielokryterialna procedura decyzyjna a preferencje pacjentów: krok w kierunku oceny technologii medycznych skoncentrowanej na pacjencie / <a href="#">Multi criteria decision-making and patient preferences: a stepping-stone towards patient centered HTA</a> | Axel Mühlbacher                                  | 20 min. |
| Dlaczego MCDA jest potrzebne w krajach Regionu CEE? / <a href="#">Why is MCDA needed in CEE countries?</a>  | Katarzyna Kolasa                                 | 20 min. |

Idealny system opieki medycznej, który pozwala na zaspokojenie potrzeb zdrowotnych wszystkich obywateli, nie istnieje. Poszukiwanie optymalnej alokacji zasobów w sektorze ochrony zdrowia jest wyzwaniem przed którym stają wszystkie kraje – bardziej i mniej rozwinięte. Niewystarczające środki finansowe oznaczają, że 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 są 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 uwzględnienie szerokiego wachlarza kryteriów w procesie decyzyjnym przy jednoczesnym przypisaniu odpowiedniej wagi do każdego z nich.

Celem sesji będzie podjęcie rozważań jakie są oczekiwania społeczeństwa w zakresie kryteriów alokacyjnych, jak wygląda podejmowanie decyzji przy zastosowaniu MCDA oraz czy wprowadzenie takiego podejścia jest możliwe w krajach CEE, gdzie ograniczenia finansowe skłaniają do kierowania się wyłącznie kryterium efektywności. □

There is no such thing as a perfect health-care system which would make it possible to meet the needs of all citizens. The question of how to optimise allocation of financial resources has been a challenge for both the well developed and developing countries. Insufficient funds cause the need to choose who should be granted access to treatment and in what order.

But for such decisions to be accepted both by the patients in question and the society as a whole, it is of key importance to determine criteria which the decision makers should adopt when making choices related to allocation of funds. The criteria which are most often named are equality and social justice. The common use of cost-analyses fosters efficiency over equality and social justice in such decisions. New approaches, such as multi-criteria decision making (MCDA) aim at taking into account a wider set of criteria in the decision making process and treating each of the as significant.

The aim of this presentation will be to consider the society's expectations towards allocation criteria, how multi-criteria decision making looks like and whether the introduction of such an approach is possible in CEE countries, where limited financial resources encourage focusing on efficiency criteria. □

W tym roku największą niespodzianką będzie zapewne miejsce organizacji kolacji z ekspertami:

### **Muzeum Lotnictwa Polskiego**

w Krakowie, ul. Jana Pawła II 39.

W pierwszym dniu Sympozjum zapraszamy na wieczorne spotkanie w hangarze pełnym samolotów.

- Czas: **poniedziałek**, 15 grudnia 2014, **godz. 20.00 – 23.45**
- Temat spotkania: **Asy przestworzy**.
- Zagra zespół **Freshback**. Dzięki talentowi oraz ogromnemu urokowi osobistemu wokalistek band cieszy się ogromnym powodzeniem głównie u panów.

Mamy nadzieję, że obecność takich legend jak Spitfire i PZL P.11c zainspiruje do wyjątkowych akrobacji na parkiecie.

### **Kostiumy z akcentami lotniczymi mile widziane!**

Muzeum Lotnictwa Polskiego:

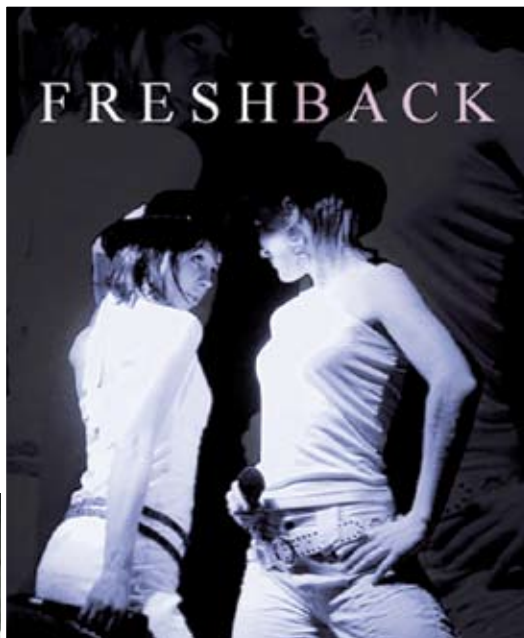
- eksponuje obecnie ponad 200 statków powietrznych
- wydaje własne publikacje
- jest organizatorem imprez lotniczych i historycznych
- zajmuje miejsce w czołówce światowej listy najlepszych muzeów lotnictwa (wg CNN)

This year's biggest surprise will probably be the venue for our „Meet the experts” gala dinner: **Polish Aviation Museum**.

Join us at the evening meeting in a hangar filled with planes.

- Time: **Monday**, December 15<sup>th</sup>, **8.00 p.m.**
- Theme of the event: **Aces of the sky**
- The guests will be enjoying music performed by the band **Freshback**. Thanks to the talent and the huge personal charm of the female singers, the band enjoys great popularity particularly among men.

We hope that the presence of such legends like Spitfire will inspire everyone to exceptional acrobatics on the dance floor. **Costumes with aviation touches are very welcome!**



Polish Aviation Museum:

- currently exhibits over 200 aircrafts
- is a participant and organiser of aviation and historical events and airshows
- has a library with more than 30,000 publications
- is the world's eighth best aviation museum (according to CNN)



**Wtorek, 16 grudnia 2014 / Tuesday, December 16<sup>th</sup>, 2014**

|  |   |         |
|--|---|---------|
| <b>Sesja 5: Quality standards in clinical practice – paediatrics, drug programmes</b><br>Moderator: Karina Jahnz-Rózyk   | Czas trwania / Duration:<br><b>9.30 - 10.45</b> |         |
| Bieżące działania podejmowane w Europie w celu optymalizacji porozumień dla wprowadzania nowych leków /<br>Ongoing activities across Europe to optimise the managed entry of new medicines | Brian Goodman                                   | 20 min. |
| Ekonomika astmy w Polsce - analiza problemu /<br>The economics of asthma in Poland – a problem analysis  | Karina Jahnz-Rózyk                              | 20 min. |
| Reglamentowana opieka: model kanadyjski / Rationed Care: The Canadian Model  | Bacchus Barua                                   | 20 min. |
| Przerwa na kawę / Coffee-break   |   | 15 min. |

O ile rola pediatrii w każdym systemie ochrony zdrowia jest bezdyskusyjnie kluczowa, to w Polsce od lat głównym elementem pomiaru skuteczności systemu pozostaje umieralność niemowląt. Jednak w dalszym okresie życia dziecka opieka nad dziećmi w systemie nie jest systematycznie oceniana ani w aspekcie klinicznym, ani dowodów naukowych, ani jakości, a tym bardziej w zakresie oceny technologii medycznych w populacjach dzieci. Ograniczając zastosowanie EBM w pediatrii unikamy co prawda wielu dylematów etycznych, ale też nieświadomie pozbawiamy pediatrię potężnych narzędzi ułatwiających podejmowanie decyzji, zwiększających efektywność leczenia, czyli poprawiających jakość działania systemu.

W ramach sesji chcemy poruszyć następujące kwestie:

- Jakie są podstawowe problemy wstrząsające obecnie pediatrycznym systemem ochrony zdrowia?
- Co rzutuje na poziom opieki nad dziećmi?
- Jak ocenić przydatność propozycji zmian w opiece pediatrycznej na przykładzie innych krajów? I jak je wdrożyć?
- Czy możemy przenieść doświadczenia opieki nad dorosłymi na dzieci?
- Na jakie problemy napotyka coraz częściej stosowane zbieranie dowodów naukowych dotyczących dzieci?

While the role of paediatrics in any health care system is unquestionably crucial, for years the main component of measuring the effectiveness of the system in Poland has been infant mortality. However, during the later years, child care within the system is not systematically assessed, either in clinical terms, in terms of scientific evidence or quality, and even more so in the field of health technology assessment among children. By restricting the use of EBM in paediatrics, we can avoid many ethical dilemmas, but at the same time we unwittingly deprive paediatrics of powerful tools facilitating the decision-making process which improve the effectiveness of treatment and thus further enhance the quality of the system.

During the session we want to address the following issues:

- What are the main problems currently unsettling the paediatric health care system?
- What affects the level of child care?
- How to assess the usefulness of proposals for changes in paediatric care based on the example of other countries? And how can we implement them?
- Can we transfer the experience of care for adults to care for children?
- What problems do we face more and more often when collecting scientific evidence relating to children?



- Spojrzenie na perspektywę europejską w zakresie chorób rzadkich i porównanie polskich rozwiązań oraz ograniczeń w systemie – poprzez pryzmat klinicznych aspektów, organizacji opieki, komunikacji z przemysłem. Oprócz wymienionych zagadnień zwrócimy szczególną uwagę na podejmowanie decyzji w zakresie refundacji oraz opracowywanie analiz ekonomicznych w oparciu o badania kliniczne dotyczące dzieci. □

- A look at the European perspective on rare diseases and as well as Polish solutions and constraints in the system – seen from the angle of clinical aspects, care organisations, communication with the industry.

In addition to these issues, we will particularly focus on taking reimbursement decisions and developing economic analyses based on clinical trials on children. □

### Wtorek, 16 grudnia 2014 / Tuesday, December 16<sup>th</sup>, 2014

|  |  |  |         |
|--|--|--|---------|
| <b>Sesja 6: Aspects of quality in oncology care</b>  |  | Czas trwania / Duration:<br><b>11.00 - 12.35</b> |         |
| Moderator: Krzysztof Łanda   |  |  |         |
| Jakość w onkologii: austriackie działania i doświadczenia / Quality in Cancer Care: Activities in and Experiences from Austria | Claudia Wild   | 25 min.  |         |
| Pro Aegrotis Oncologicis   | Janusz Meder,<br>Krzysztof Łanda,<br>Leszek Stabrawa,<br>Anna Kordecka | 55 min.  |         |
|  |  | Lunch  | 45 min. |

Śledząc sytuację w Polsce, można odnieść wrażenie, że o chorych praktycznie nikt się nie troszczy. Pomimo kolejnych szumnych zapowiedzi medialnych, kolejnych podniosłych haseł kampanii i kolejnych eksperckich „prac w pocie czoła”, system staje się coraz mniej przyjazny dla pacjenta. Niestety fakty świadczą o tym, że pytanie „czy warto troszczyć się o chorych” nadal spotyka się z negatywną odpowiedzią.

Ostatnio trwają gorączkowe prace nad poprawą funkcjonowania systemu opieki onkologicznej w Polsce, a kolejki do tych świadczeń stały się już dyżurnym tematem medialnym. Czy można dać wiarę, że od 1 stycznia 2015 roku coś zmieni się na lepsze? Gdyby poważnie podchodzono do reformy to spełnione zostały by dwa warunki minimum:

1. Propozycje zmian systemowych oparte na studium wykonalności.

If you follow the situation in Poland, you can easily be under the impression that no one cares about the sick people. Despite several exciting announcements in the media, exalted campaign titles and numerous expert analyses done „by the sweat of the brow”, the system is becoming less and less patient-friendly. Unfortunately, the facts demonstrate that the question „Is it worth to care for the patients” still meets with a negative response.

Recently there has been ongoing feverish work to improve the functioning of the oncological care in Poland, and the queues for these benefits have become the go-to media topic. Can we actually believe starting 1st January 2015 something will change for the better? If seriously approached, this reform would meet two minimal conditions:

1. Proposals for changes in the system would be based on a feasibility study.

2. Wskazanie źródeł finansowania. Każda reforma kosztuje, a limitami na ilość wykonywanych świadczeń zdrowotnych NFZ broni się przed niewypłacalnością. Jasne jest więc, że zniesienie ich w onkologii musi prowadzić do wzrostu wydatków.

Ani jeden, ani drugi warunek nie zostały spełnione – nie ma żadnego opublikowanego studium wykonalności i nigdzie nie wskazano dodatkowych źródeł finansowania.

Jakość opieki onkologicznej mają na ustach wszyscy: rząd, partie polityczne, urzędnicy, lekarze, pielęgniarki, farmaceuci, dyrektorzy szpitali i producenci. Słusznie, gdyż obok dobrej dostępności do świadczeń zdrowotnych, to właśnie na jakości chorym zależy najbardziej. Jakość jednak tej jakości od lat nie udaje się osiągnąć. Co gorsza – Polsce nie udaje się jej nawet zmierzyć czy monitorować. Wiemy tylko, że nasz system ochrony zdrowia od lat jest przez społeczeństwo oceniany bardzo negatywnie, a Polska wypada niekorzystnie na tle krajów OECD. Okrągłe słowa i deklaracje zupełnie nie przekładają się na praktykę. Dlaczego?

1. Po pierwsze: w Polsce wszyscy znają się na medycynie. Ale „qualityka” to odrębna nauka i trzeba być profesjonalistą, żeby się znać na systemach i narzędziach zapewniania jakości w opiece zdrowotnej.
2. Po drugie: żeby wiedzieć gdzie pójść i to trzeba widzieć w jakim miejscu się jest. Żeby widzieć co się w systemie opieki zdrowotnej dzieje trzeba mieć elektroniczny system zbierania danych, tzw. RUM (Rejestr Usług Medycznych). Pamiętamy huczne zapowiedzi z 2007 roku, że RUM w Polsce powstanie do roku 2012. Jest już 2014 rok, a rząd właśnie po raz kolejny odroczył jego wprowadzenie do roku 2017. Tym razem problemem nie są chyba pieniądze, które w nadmiarze dała na ten cel Unia Europejska. Na czym więc problem polega? Może komuś zależy, żeby taki system nie powstał wcale lub by jego powstanie odroczyć jak najdłużej? Ale czy komuś poza pacjentami naprawdę zależy na wdrożeniu sprawnego RUM-u?

2. Indication of funding sources. Each reform costs, and National Health Fund protects itself against insolvency by introducing limits on the amount of provided health services. So it is clear that eliminating them in oncology will inevitably increase expenditure.

Neither the first nor the second condition has been met – no feasibility study has been published, nor have the sources of additional funding been indicated.

The quality of cancer care is on the everyone’s mouths: the government, political parties, civil servants, doctors, nurses, pharmacists, hospital directors and manufacturers. And very rightly so, as just like good accessibility of health services, it is quality that patients care about the most. Somehow, however, we have failed to achieve this quality for years now. What is worse – Poland fails to even measure or monitor it. We only know that our health care system has been judged by the society very negatively for years, and Poland looks unfavorably in comparison to other OECD countries. Empty promises and declarations do not translate into practical solutions. Why?

1. First, in Poland everyone knows about medicine. But „qualitics” is a special science and you have to be a professional to be familiar with systems and tools applied to ensure quality in health care.
2. Second, in order to know where to go, you need to know your current position. To see what is actually happening in the health care system you must have an electronic data collection system, the so-called RUM (Register of Medical Services). We remember the pompous announcement in 2007 that the RUM will be launched in Poland by 2012. It is already 2014, and the government once again postponed its introduction until 2017. This time the problem seems to be something else than money, which was given to us in excess for this purpose by the European Union. So what is the problem? Maybe someone does not wish for such a system to be created at



3. Po trzecie: wielu decydentów wie, że system zapewniania jakości dużo kosztuje, ale niewielu zdaje sobie sprawę, że brak monitorowania jakości i stosowania narzędzi pro jakościowych kosztuje znacznie więcej. Wydatki w zakresie „qualityki” należy zacząć traktować jako niezbędną inwestycję, a nie kosztowne ekstrawagancje. Dla każdej takiej inwestycji trzeba więc a priori przeprowadzić studium wykonalności i obliczenia zwrotu z inwestycji - dotyczącego zarówno oszczędności, jak i efektów zdrowotnych. W Polsce takich analiz nikt nie prowadzi.

W czasie sesji poruszone zostaną następujące zagadnienia:

- Zapewnienie adekwatnych środków na system zapewniania jakości
- Poprawa systemu akredytacji
- Wytyczne i standardy postępowania
- Rejestry zgodne z Good Registry Practice
- Rejestr Usług Medycznych (RUM)
- Koordynacja opieki i zespoły multidyscyplinarne
- Zmiana roli ordynatora
- Poprawa standardów bezpieczeństwa technicznego z certyfikacją
- „Pieniądz idzie za pacjentem” – finansowanie świadczeń I i II poziomu referencyjnego, a nie bazy
- Stworzenie rankingu oddziałów □

all, or wants to postpone setting it up as long as possible? But does anyone else, apart from patients, really cares for the implementation of an efficient Register of Medical Services?

3. Third, many decision-makers know that ensuring quality in the system costs a lot, but few of them are aware that lack of monitoring of the quality and using pro-quality tools costs even more. Expenditure related to “qualitics” should be treated as a necessary investment, not costly extravagance. A feasibility study and measurement of the return on investment must be done a priori for each such investment – regarding both savings and health effects. In Poland, no such analyses are performed.

During the session the following issues will be discussed:

- Providing adequate resources for a quality assurance system
- Improving the accreditation system
- Guidelines and standards
- Education of the personnel
- Registries kept in accordance with Good Registry Practice
- Registry of Medical Services (RUM)
- Coordination of care and multidisciplinary teams
- Changing the role of hospital ward heads
- Improving standards of technical safety certification
- „Money follows the patient” – financing benefits of the first and second reference level, not the database
- Creating rankings of branches □

Patroni medialni / [Media](#)



medycyna **praktyczna**



**Wtorek, 16 grudnia 2014 / Tuesday, December 16<sup>th</sup>, 2014**

|  |   |        |
|--|---|--------|
| <b>Sesja 7: Quality assurance in system – indicator, databases and other tools</b><br>Moderator: Mitchell Sugarman   | Czas trwania / <b>Duration:</b><br><b>13.20 - 15.00</b> |        |
| Wskaźniki jakości w przypisywaniu leków – europejskie wyzwania i szanse / <a href="#">Prescribing quality indicators – challenges and opportunities in Europe</a>  | Björn Wettermark  | 25min. |
| Poprawa jakości oparta na dowodach naukowych w Kaiser Permanente, w pełni zintegrowanym systemem zapewniania opieki zdrowotnej w USA / <a href="#">Evidence-based quality improvement in Kaiser Permanente, a fully integrated U.S. healthcare delivery system</a> | Jo Carol Hiatt  | 25min. |
| Dobór terapii do refundacji a uzyskiwane efekty kliniczne. Refundacja nowych terapii HCV jako wyzwanie / <a href="#">The choice of therapy to be reimbursed vs. the achieved clinical outcomes. Reimbursement of new HCV therapies as a challenge</a>              | Stefan Bogusławski                                      | 15min. |
| Kliniczne i kosztowe skutki stosowania antybiotykoterapii w polskim szpitalu / <a href="#">Clinical and cost effects of antibiotic treatment in Polish hospitals</a>   | Rafał Niżankowski                                       | 15min. |
| Zamknięcie Sympozjum / <a href="#">Closure of the Symposium</a>  |   | 5min.  |

Jakość w ochronie zdrowia może być postrzegana z różnych perspektyw, czyli jako suma jakości pojedynczych świadczeń na rzecz pacjentów w różnych instytucjach (szpitalach, przychodniach i innych jednostkach). Jakość może być oceniana poprzez pryzmat jakości struktury, jakości procesów i jakości wyników, lecz także z różnych perspektyw – pacjenta, płatnika, lekarza.

Jakość struktury jest możliwa do oceny zarówno przez klinicystę jak i płatnika. Jakość procesów i wyników jest oceniana przez określonych interesariuszy przede wszystkim w aspekcie płynności, kompleksowości i właściwego czasu reakcji. Występuje tutaj szeroki zakres stosowanych narzędzi, lecz kluczowe jest właściwe dobranie ich do posiadanych danych. Ocena jakości wyników jest możliwa do przeprowadzenia poprzez porównanie podobnych do siebie jednostek (w ramach benchmarku) lub większych struktur systemu. Jakość wyników klinicznych i efektywność działań jest w wielu systemach doskonalona w procesie ciągłym, włącznie z oceną satysfakcji pacjentów.

The quality of health care can be seen from different perspectives – as the sum of quality of individual services provided to patients in various institutions (hospitals, clinics and other facilities). Quality can be assessed in terms of the quality of the structure, quality of processes and quality of results, but also from different perspectives – the patient, the tax payer, the doctor.

The quality of structure can be assessed both by the clinician and the payer. The quality of processes and results is assessed by specific stakeholders, especially in terms of smoothness, complexity and proper reaction time. There is a very wide range of tools, but it is crucial to choose them appropriately for the data that we have. Assessment of the quality of results can be carried out by comparing single units which are similar to each other (within the benchmark) or larger structures of the system. The quality of clinical results and efficiency of actions are being continuously improved in many systems, including the assessment of patient satisfaction.



Koło Deminga można stosować do wszystkich procesów zachodzących w organizacjach lub systemach:

- Planuj – ustal cele dla poszczególnych procesów,
- Wykonaj – dokonaj wdrożenia zaplanowanych procesów
- Sprawdź – monitoruj i mierz odpowiednie parametry procesów,
- Działaj – prowadź ciągłe doskonalenie procesów.

W ramach sesji chcemy zastanowić się nad narzędziami stosowanymi w ocenie jakości np. preskrypcji przez lekarzy w systemie, zastosowania baz i analizy danych. □

The Deming cycle can be used for all processes in organisations or systems:

- Plan – establish objectives for each process,
- Do – implement the planned processes,
- Check – monitor and measure the relevant parameters of the processes,
- Act – improve the processes constantly.

During this session we want to consider the tools used in assessing the quality of e.g. doctors' prescriptions in the system, the use of databases and data analyses. □

## Nasze aktywności / Our activities



Symposium EBHC  
EBHC Symposium



Szkolenia  
Training



Wydawnictwa  
Publishing



Projekty  
Projects



Obiady Czwartkowe  
Thursday Dinners



Konferencje  
Conferences



Publikacje  
Publications



Samorządy  
Local Government



Strona www  
Website

## Dane kontaktowe

CEESTAHC

31-038 Kraków  
ul. Starowiślna 17/3

telefon 12 357 76 34  
faks 12 396 38 39  
e-mail: sekretariat@ceestahc.org  
www.ceestahc.org

NIP: 676-22-46-760

Nr konta:  
97 1240 4689 1111 0000 5142 0745

## Contact

CEESTAHC

31-038 Krakow, POLAND  
ul. Starowislna 17/3

phone 12 357 76 34  
fax 12 396 38 39  
e-mail: office@ceestahc.org  
www.ceestahc.org

Account No.:  
PL 97 1240 4689 1111 0000 5142 0745  
Swift code: PKOPPLPW

| Tabela cen<br>(ceny netto)                                | Uczestnicy reprezentujący |                | Studenci<br>i doktoranci |
|---|---------------------------|----------------|--------------------------|
|   | instytucje publiczne      | firmy prywatne |                          |
| rejestracja do 15 października 2014                       |                           |                |                          |
| 1 dzień   | 500,00 zł                 | 1 500,00 zł    | 250,00 zł                |
| 2 dni   | 700,00 zł                 | 1 900,00 zł    | 400,00 zł                |
| gala dinner   | 150,00 zł                 | 180,00 zł      | 180,00 zł                |
| rejestracja do 15 listopada 2014                          |                           |                |                          |
| 1 dzień   | 650,00 zł                 | 1 900,00 zł    | 300,00 zł                |
| 2 dni   | 850,00 zł                 | 2 200,00 zł    | 500,00 zł                |
| gala dinner   | 180,00 zł                 | 200,00 zł      | 180,00 zł                |
| rejestracja od 16 listopada 2014 oraz w trakcie Sympozjum |                           |                |                          |
| 1 dzień   | 750,00 zł                 | 2 000,00 zł    | 300,00 zł                |
| 2 dni   | 950,00 zł                 | 2 400,00 zł    | 500,00 zł                |
| gala dinner   | 250,00 zł                 | 250,00 zł      | 250,00 zł                |

| Price table<br>(nett prices)                               | Representatives of  |                | Students and PhD<br>students |
|--|---------------------|----------------|------------------------------|
|  | public institutions | private sector |                              |
| registration till October 15th 2014                        |                     |                |                              |
| 1 day  | 140,00 €            | 430,00 €       | 70,00 €                      |
| 2 days   | 200,00 €            | 545,00 €       | 115,00 €                     |
| „Meet the experts”   | 45,00 €             | 50,00 €        | 50,00 €                      |
| registration till November 15th 2014                       |                     |                |                              |
| 1 day  | 185,00 €            | 545,00 €       | 85,00 €                      |
| 2 days   | 245,00 €            | 630,00 €       | 145,00 €                     |
| „Meet the experts”   | 50,00 €             | 60,00 €        | 60,00 €                      |
| registration after November 16th 2014 and during Symposium |                     |                |                              |
| 1 day  | 215,00 €            | 570,00 €       | 85,00 €                      |
| 2 days   | 270,00 €            | 685,00 €       | 145,00 €                     |
| „Meet the experts”   | 70,00 €             | 70,00 €        | 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
2. Koszt uczestnictwa jednej osoby zależny jest 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 formularza zgłoszeniowego, jak również zgłosić się przez telefon nr 12 357 76 34, faks nr 12 396 38 39 lub e-mail: sekretariat@ceestahc.org
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 2014”  
+ nr faktury proforma
7. Rezygnacja – w przypadku rezygnacji z udziału do 1 grudnia 2014 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
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 „Application 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 Glowny 47, 30-960 Krakow, POLAND  
**PL 97 1240 4689 1111 0000 5142 0745**  
Swift code: PKOPPLPW  
Payment title: „EBHC Symposium 2014”
7. Cancellation. If participation is cancelled no later than December 1st, 2014, 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.

Sponsorzy / Sponsors

