

IX Międzynarodowe Sympozjum
9th International Symposium
Evidence-Based Health Care

HTA for Healthcare Quality Assurance



Prelegenci:

- Jakub Adamski Poland
- Ronald L. Akehurst UK
- Małgorzata Bała Poland
- Bacchus Barua Canada
- Stefan Bogusławski Poland
- Maria Boratyńska Poland
- Aleš Bourek Czech Republic
- Tomáš Doležal 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
- Michał Seweryn Poland
- Leszek Stabrawa Poland
- Mitchell Sugarman USA
- Rosa Suñol Spain
- Zbigniew Szawarski Poland
- Andrew Walker Scotland
- Björn Wettermark Sweden
- Claudia Wild Austria
- Magdalena Władysiuk Poland

Preliminary 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 pojawią się nagle 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 przysłowiowy „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:

1. Guidelines for HTA – developments
2. How does funding translate into improvement. The impact of EU funded projects upon the quality developments in European Healthcare – in association with ESQH
3. Quality standards in clinical practice – pediatrics, programy lekowe
4. Legacy in health care system
5. Aspects of quality in oncology care
6. Quality assurance in system – indicator, databases and other tools
7. Multi-criteria decision making – nowe podejście do podejmowania decyzji

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

Agenda

Zaplanowane sesje są wyrazem naszego zamiaru uczynienia dziewiątej edycji Sympozjum EBHC platformą porozumienia wszystkich stron żywnie zainteresowanych zmianami na lepsze w Polskim systemie ochrony zdrowia.

Poniższy program ma charakter orientacyjny. Kolejność sesji może ulec zmianie.

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

Prelegenci

Udział w Sympozjum potwierdzili już wymienieni poniżej prelegenci:

Jakub Adamski, Poland
Ronald L. Akehurst, UK
Małgorzata Bała, Poland
Bacchus Barua, Canada
Stefan Bogusławski, Poland
Maria Boratyńska, Poland
Aleš Bourek, Czech Republic
Tomáš Doležal, 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
Michał Seweryn, Poland
Leszek Stabrawa, Poland
Mitchell Sugarman, USA
Rosa Suñol, Spain
Zbigniew Szawarski, Poland
Andrew Walker, Scotland
Björn Wettermark, Sweden
Claudia Wild, Austria
Magdalena Władysiuk, Poland

Sesja 1. Guidelines for HTA – developments

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 ustalanie 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). 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.

Sesja 2. How does funding translate into improvement. The impact of EU funded projects upon the quality developments in European Healthcare – in association with European Society for Quality in Healthcare (ESQH)

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 przeddefiniować kształcenie na projektach (PBL) tak, by sięgać poza projekt, zwłaszcza po jego zakończeniu?

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.

Sesja 3. Quality standards in clinical practice – pediatria, programy lekowe

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 dzieckiem?
- Jak ocenić przydatność propozycji zmian w opiece pediatrycznej na przykładzie innych krajów? I jak je wdrożyć?
- Czy możemy przenosić doświadczenia opieki nad dorosłymi na dzieci?
- Na jakie problemy napotyka coraz częściej stosowane zbieranie dowodów naukowych dotyczących dzieci?
- 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.

Sesja 4. Legacy in health care system

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.

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 prawo ochrony zdrowia, w szczególności ustawom nimi najbardziej dotkniętymi. Zostaną również przedstawione przykłady rozwiązań służących zapewnianiu wysokiej jakości stanowionego prawa stosowane na świecie.

Sesja 5. Aspects of quality in oncology care

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.
2. Wskazanie źródeł finansowania. Każda reforma kosztuje, a limitami na ilość wykonywanych świadczeń zdrowotnych NFZ broni się przed niewyłączalnością. 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?
3. Po trzecie: wielu decydentów wie, że system zapewniania jakości dużo kosztuje, ale niewielu zdaje sobie sprawę, że brak monitorowania jakości i stosowania narzędzi projakościowych 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

Sesja 6. Quality assurance in system – indicator, databases and other tools

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, płaćnika, lekarza.

Jakość struktury jest możliwa do oceny zarówno przez klinicystę jak i płaćnika. 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 doskonała w procesie ciągłym, włącznie z oceną satysfakcji pacjentów.

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.

Sesja 7. Multi-criteria decision making – nowe podejście do podejmowania decyzji

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.

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

Muzeum Lotnictwa Polskiego w Krakowie

Ta wyjątkowa instytucja:

- 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)

Zapraszamy na wieczorne spotkanie w hangarze pełnym samolotów.

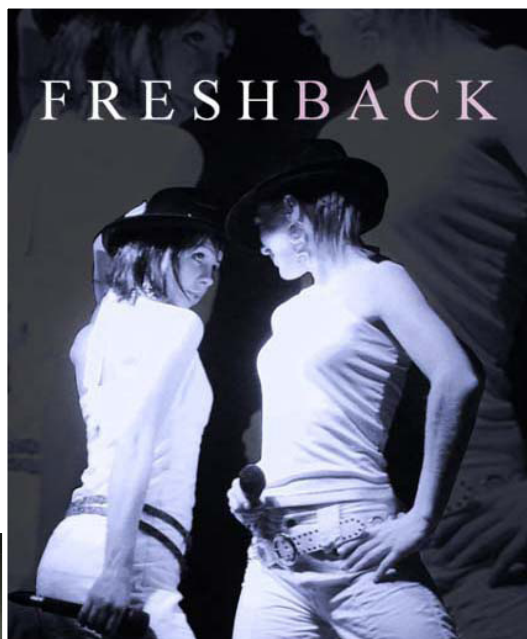
Temat spotkania:

Asy przestworzy.

Zagra zespół **Freshback**.

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

Kostiumy z akcentami lotniczymi mile widziane!



Komitet Naukowy (SPC)

Karina Jahnz Rózyk

Brian Godman

Mitchell Sugarman

Komitet Organizacyjny (LOC)

Tanja Novakovic

David Danko

Ales Bourek

Tomas Dolezal

Tomasz Prycel

Maciej Dziadyk

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

Tabela cen

Tabela cen (ceny netto)	Uczestnicy reprezentujący		Studenci i doktoranci
	instytucje publiczne	firmy i osoby prywatne	
1 dzień	750,00 zł	2 000,00 zł	300,00 zł
2 dni	950,00 zł	2 400,00 zł	500,00 zł
kolacja z ekspertami	250,00 zł	250,00 zł	250,00 zł

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 zależy 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

Uwaga! Przy zgłoszeniu do 15 października 2014 hotel Park Inn gwarantuje nocleg w cenie 252 zł brutto
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.

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

Stowarzyszenie zostało założone w Polsce w 2003 roku.

Zrzeszamy profesjonalistów zajmujących się analizami HTA oraz oceną jakości badań klinicznych.

Naszym głównym celem jest rozwój w Europie Środkowej i Wschodniej standardów i metod służących ocenie lekowych i nielekowych technologii medycznych.

Celem naszym jest także rozwijanie i upowszechnianie wspólnego języka, który pozwoli lepiej komunikować się różnym podmiotom systemu opieki zdrowotnej – lekarzom, przedstawicielom NFZ i stowarzyszeń medycznych, nie wyłączając polityków, administracji publicznej, menedżerów zatrudnionych w szpitalach oraz innych specjalistów zajmujących się finansowaniem opieki zdrowotnej i oceną jej jakości, jak i efektywności technologii medycznych. Szczególnym celem jest promowanie HTA i EBM w naszej części Europy. Realizujemy cele poprzez organizowanie szkoleń i warsztatów dotyczących stosowania HTA i EBM.

Wspieramy tych, którzy dopiero zaczynają – udzielamy konsultacji i służymy wszelką inną pomocą.

Nasze aktywności



Symposium EBHC



Szkolenia



Wydawnictwa



Projekty



Obiady Czwartkowe



Konferencje



Publikacje



Samorządy



Strona www

CEESTAHC • 31-038 Kraków, ul. Starowiślna 17/3 • www.ceestahc.org
telefon 12 357 76 34 • faks 12 396 38 39 • e-mail: sekretariat@ceestahc.org
NIP: 676-22-46-760 • nr konta: 97 1240 4689 1111 0000 5142 0745

Złoty Sponsor



GILEAD

Srebrni Sponsorzy

Lilly

abbvie

 **HTA**
consulting

SANOFI 



Brązowi Sponsorzy



Patroni medialni



medycyna **praktyczna**

