

10th International Symposium Evidence-Based Health Care

How can we better address health needs?
2015



December 14th-15th, 2015
Kraków, Poland
Hotel Park Inn
ul. Monte Cassino 2

Disinvestment
by HTA & Pricing

Preliminary programme

Szanowni Państwo,

W imieniu Stowarzyszenia CEESTAHC serdecznie zapraszamy do udziału w

**X Międzynarodowym Sympozjum
Evidence-Based Health Care
pt. „Disinvestment by HTA & Pricing
How can we better address health needs?”**

które odbędzie się w Krakowie w dniach 14-15 grudnia 2015 roku.

Codziennie dokonuje się niebywały postęp w medycynie. Ludzkość odkrywa coraz skuteczniejsze metody diagnostyki i leczenia, ale równocześnie opieka medyczna staje się coraz droższa. Nie tylko coraz skuteczniej można leczyć, ale też coraz więcej chorób, w tym chorób rzadkich i ultrarzadkich. Wzrasta świadomość pacjentów-podatników, którzy domagają się poszerzenia zakresu świadczeń gwarantowanych, ale bez ograniczania dostępu do podstawowych, wysoce opłacalnych metod diagnostyki i leczenia. Coraz więcej technologii spełnia kryteria kliniczne, ekonomiczne i finansowe i zostaje włączona do koszyka świadczeń. Wiele jest tam umieszczanych w wyniku nacisków społecznych, lobbingsowych i politycznych. Tym samym koszyk świadczeń puchnie, staje się coraz obszerniejszy, ale i coraz bardziej kosztochłonny. Obciążenie dla budżetu zaczyna rosnąć w trudny do opanowania sposób, rosną kolejki będące objawem deficytu środków finansowych, co grozi załamaniem systemu.

Rozwiązaniem stosowanym w naszym kraju jest odwlekanie decyzji refundacyjnych, tak długo, jak się da oraz zwiększanie ilości i długości kolejek. Pamiętajmy, że kolejka jest technologią medyczną o udowodnionej szkodliwości, szczególnie nieuzasadnioną w przypadku świadczeń wysoce skutecznych i wysoce opłacalnych.

W tym roku stowarzyszenie CEESTAHC podejmie w czasie dorocznego sympozjum EBHC problem nadmiernego obciążenia koszyka świadczeń gwarantowanych. Głównym problemem jest zarządzanie koszykiem gwarantowanym tak, by środki finansowe na realizację tych gwarancji były wystarczające. Co można zrobić, żeby zapanować nad zawartością koszyka? Co można zrobić by zlikwidować deficyt, rozumiany jako dysproporcja między zawartością koszyka a wielkością środków na jego realizację? Co zrobić, żeby system był bardziej sprawiedliwy? Skąd wziąć dodatkowe środki finansowe na innowacyjne technologie medyczne, by nie doprowadzić do deficytu ani kolejek do podstawowych świadczeń zdrowotnych?

Hotel Park Inn



Muzeum Sztuki i Techniki Japońskiej Manggha



Koszyk świadczeń jest narzędziem, które, jak każde narzędzie, do sprawnego funkcjonowania wymaga właściwej obsługi, przeglądów i konserwacji. Znajdujące się w nim technologie powinny być okresowo ponownie oceniane i w razie potrzeby zastępowane lepszymi. Tymczasem polski koszyk świadczeń jest bardziej aleją zasłużonych niż aktywną przestrzenią dla coraz lepszych rozwiązań. Gdy coś do niego trafi po żmudnym procesie oceny (głównie leki), to teoretycznie może tam pozostać niemal „na zawsze”. Kolejne technologie są dorzucane do koszyka i w miarę czasu tworzą istne złoże - zapomniane, trudne do oceny i trudne do usunięcia, bo nikt się tym nie zajmuje. Polska AOTMiT ocenia niemal wyłącznie leki i działa na granicy pomiędzy innowacyjnymi lekami a koszykiem gwarantowanym. AOTMiT niemal nie zajmuje się technologiami nielekowymi, a już zupełnie nie zwraca się do wnętrza koszyka „gwarantowanego”, by zrobić miejsce dla nowych technologii medycznych i uwolnić środki na innowacje. Nadzieje daje uruchomienie Agencji Taryfikacji – pytanie jednak, czy przyjęta metodyka wyceny ma szansę zapewnić oczekiwaną wydajność?

Usuwanie technologii z koszyka świadczeń gwarantowanych jest w naszym kraju bardzo trudne. Oprócz braku doświadczenia w tego typu operacjach, istnieje ogromne ryzyko użycia ich w walce politycznej rywalizujących opcji. Oponenty nie zawahają się nastraszyć społeczeństwa „totalitarnymi” zapędami drugiej strony, czy wysłać pod drzwi instytucji skołowanych pacjentów w ramach „spontanicznego protestu społecznego”. Zwykle w takich momentach sytuacja wymyka się spod kontroli i zamiast decyzji racjonalnych podejmuje się polityczne.

Mimo tych trudności w wielu krajach funkcjonują sprawne systemy „sprzątnięcia” koszyka świadczeń. Warto poznać te rozwiązania, tym bardziej, że odpowiednie procedury wypracowano przez dziesięciolecia. Państwo możecie poznać je już w grudniu.

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

Poniedziałek, 14 grudnia 2015 / Monday, December 14th, 2015

9:30 – 17:00

Numer i tytuł sesji, temat wykładu / Session, lecture topic	Prelegent / Speaker	
Sesja 1 / Session 1 Priorytety i plany strategiczne Ministerstwa Zdrowia / Priorities and strategic plans of the Ministry of Health	Czas trwania / Duration: 9.30 - 10.30	
Otwarcie Sympozjum / Opening of the Symposium	Magdalena Władysiuk	15 min.
Wystąpienie przedstawiciela Ministerstwa Zdrowia – Podsekretarz Stanu Krzysztof Łanda Lecture of the representative of the Ministry of Health – Undersecretary of State Krzysztof Łanda		45 min.
Przerwa kawowa / Coffee-break		10 min.
Sesja 2 / Session 2 Perspektywa analiz oceny technologii medycznych The perspective of health technology assessment analyses Moderator: Magdalena Władysiuk	Czas trwania / Duration: 10.40 - 12.20*	
Perspektywa społeczna w ocenie ekonomicznej: teoria prostsza od praktyki / Societal perspective in economic evaluation: easier said than done	Mark J. Sculpher	40 min.
Analizy Oceny Technologii Medycznych: perspektywa Szkocji / Health Technology Assessment Analyses: A Scottish perspective	Angela Timoney	25 min.
Kierunki rozwoju polskiej Agencji Oceny Technologii Medycznych / Directions for development of the Polish Health Technology Agency	Wojciech Matusewicz	25 min.
Lunch		60 min.

* w czasy sesji wliczono czas dyskusji / discussion time included




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.




Poniedziałek, 14 grudnia 2015 / Monday, December 14th, 2015		
9:30 – 17:00		
Numer i tytuł sesji, temat wykładu / Session, lecture topic	Prelegent / Speaker	
Sesja 3 / Session 3 Sesja diagnostyczna: Debata nad stanem polskiego systemu ochrony zdrowia Diagnostic session: A debate on the condition of the Polish healthcare system Moderator: Magdalena Władysiuk	Czas trwania / Duration: 13.20 - 14.35*	
Czy polski system ochrony zdrowia da się uzdrowić? Analiza trendów długoterminowych / Can the Polish healthcare system be healed? An analysis of long-term trends	Stefan Bogusławski	25 min.
Debata / Debate : Krzysztof Łanda, Anna Janczewska-Radwan, Stefan Bogusławski, Magdalena Władysiuk, Jacek Siwiec, Jakub Szulc		40 min.
Przerwa kawowa / Coffee-break		15 min.
Sesja 4 / Session 4 Sesja „terapeutyczna: Jak zrobić porządek z koszykiem świadczeń gwarantowanych? Therapeutic session: How can some order be introduced to the basic benefits package? Moderator: Robert Plisko	Czas trwania / Duration: 14.50 - 17.00*	
Polski system ochrony zdrowia z perspektywy Paryża The Polish Health-Care System: A View From Paris	Peter Jarrett	30 min.
Zakres gwarancji państwa, publiczne wydatki na zdrowie a rynek prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych The scope of state guarantees, public spending on health and the private health insurance market	Jakub Szulc	25 min.
Czy system ochrony zdrowia odpowiada na potrzeby pacjentów z chorobami rzadkimi? / Does the healthcare system address the needs of patients suffering from rare diseases?	Maria Libura	20 min.
Praktyka kodowania świadczeń medycznych w ramach jednorodnych grup pacjentów (JGP) w Polsce Healthcare service coding practices in the diagnosis-related group (DRG) system in Poland	Agnieszka Wojtecka	20 min.
Debata / Debate : Wojciech Matuszewicz, Wojciech Wysoczański, Peter Jarrett, Stefan Bogusławski, Magdalena Władysiuk, Jakub Szulc, Maria Libura, Agnieszka Wojtecka		20 min.

* w czasy sesji wliczono czas dyskusji / **discussion time included**

Wtorek, 15 grudnia 2015 / Tuesday, December 15th, 2015		
9:30 – 15:10		
Numer i tytuł sesji, temat wykładu / Session, lecture topic	Prelegent / Speaker	
Sesja 5 / Session 5 Rola agencji taryfikacji Role of a tariff system agency Moderator: Wojciech Matuszewicz	Czas trwania / Duration: 9.30 - 11.35*	
Agencja Taryfikacji – rola i miejsce w polskim systemie The Tariffs Agency – its role and place in the Polish system	Gabriela Ofierska-Sujkowska	20 min.
Ocena technologii medycznych w publicznym systemie szpitalnym AP-HP we Francji i Europie (narzędzie dla decydentów oparte na dowodach naukowych) Hospital-based Health Technology Assessment at AP-HP in France and in Europe (A tool for decision-making based on evidence)	Alexandre Barna	25 min.
Wycena i ustalanie cen świadczeń w ramach Społecznego Ubezpieczenia Zdrowotnego w Niemczech Valuation and pricing in the framework of the Social Health Insurance in Germany	Bertram Häussler	25 min.
Wycena nowych leków w podejściu HTA: doświadczenia z Litwy / Valuing of new medicines with HTA approaches: Lithuanian experience	Jolanta Gulbinovič	20 min.
Zmiany w systemie informacji w ochronie zdrowia – skutki dla władzy, lekarzy i obywateli Changes in the information system in healthcare – their impact on authorities, doctors and citizens	Tomasz Pęcherz	25 min.
Przerwa kawowa / Coffee-break		15 min.

* w czasy sesji wliczono czas dyskusji / discussion time included

Wtorek, 15 grudnia 2015 / Tuesday, December 15th, 2015		
9:30 – 15:10		
Numer i tytuł sesji, temat wykładu / Session, lecture topic	Prelegent / Speaker	
Sesja 6 / Session 6 Fundusz Walki z Rakiem Innovative Oncological Care Fund Moderator: Jakub Szulc	Czas trwania / Duration: 11.50 - 12.45*	
Koncepcja i podstawy organizacyjne Funduszu Walki z Rakiem w Polsce / <i>The concept behind the Innovative Oncological Care Fund in Poland and its organisational bases</i>	Anna Kordecka	15 min.
Dostęp do diagnostyki i leczenia w ramach Funduszu Walki z Rakiem / <i>Access to diagnostics and treatment under the Innovative Oncological Care Fund</i>	Cezary Pruszko	15 min.
Rozwój dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych a źródła finansowania Funduszu Walki z Rakiem / <i>Development of additional health insurance and sources of financing the Innovative Oncological Care Fund</i>	Robert Plisko	15 min.
Lunch		60 min.
Sesja 7 / Session 7 Real World Evidence Moderator: Nowicki Maciej	Czas trwania / Duration: 13.45 - 15.10*	
Rola RWE w podejmowaniu decyzji w ochronie zdrowia <i>The role of RWE in decision-making in healthcare</i>	Joanna Lis Maciej Niewada	20 min.
Źródła danych dla pozyskiwania RWE – praktyczne rozwiązanie Early Access Program w leczeniu WZW typu C w Polsce / <i>Source of Data for Real World Evidence Practical solution – Early Access Program in HCV management in Poland</i>	Maciej Nowicki	20 min.
POCHP podstawowe fakty / <i>Basic facts about COPD</i>	Robert Dewor	20 min.
Na styku rzeczywistej praktyki i danych z badań klinicznych <i>The Intersection of Real World and Clinical Trial Data</i>	Mitch Sugarman	20 min.
Zamknięcie Sympozjum	5 min.	

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

Prelegenci

1. Alexandre Barna, France
2. Stefan Bogusławski, Poland
3. Robert Dewor, Poland
4. Jolanta Gulbinovič, Lithuania
5. Bertram Häussler, Germany
6. Anna Janczewska-Radwan, Poland
7. Peter Jarrett, Canada
8. Anna Kordecka, Poland
9. Maria Libura, Poland
10. Joanna Lis, Poland
11. Krzysztof Łanda, Poland
12. Wojciech Matuszewicz, Poland
13. Maciej Niewada, Poland
14. Maciej Nowicki, Poland
15. Gabriela Ofierska-Sujkowska, Poland
16. Tomasz Pęcherz, Poland
17. Robert Plisko, Poland
18. Cezary Pruszko, Poland
19. Mark Sculpher, UK
20. Jacek Siwiec, Poland
21. Mitch Sugarman, USA
22. Jakub Szulc, Poland
23. Angela Timoney, UK
24. Magdalena Władysiuk, Poland
25. Agnieszka Wojtecka, Poland
26. Wojciech Wysoczański, Poland



Perspektywa analiz oceny technologii medycznych

Zdrowie to jedna z najwyższych wartości zarówno dla jednostki, jak i dla całego społeczeństwa, a jego ochrona jest nierozdzielnie związana z zadaniami państwa. W ciągu ostatnich kilku lat toczy się intensywna dyskusja dotycząca modelu polityki zdrowotnej, zakresu finansowania świadczeń oraz podejmowania decyzji w ochronie zdrowia. Realizacja celów stawianych przed państwem staje się coraz trudniejsza ze względu na:

- zmiany demograficzne, w tym zmiany wpływające na zmniejszenie liczebności populacji w wieku produkcyjnym,
- zmiany na rynku pracy,
- rosnące potrzeby i oczekiwania społeczeństwa w zakresie ochrony zdrowia,
- brak koordynacji działań w ramach współpracy międzysektorowej w celu zmniejszenia skutków chorób cywilizacyjnych, rosnącej niepełnosprawności oraz wzrostu wydatków finansów publicznych.¹

W kontekście wyzwań, jakie stoją przed decydentami w zakresie kształtowania polityki zdrowotnej, wartościową i do tej pory niedocenianą informacją mogą być dane z zakresu kosztów pośrednich generowanych w związku z ograniczeniem produktywności pacjentów. Analizy poszerzone o ocenę kosztów utraty produktywności pozwalają spojrzeć na chorobę nie tylko jako na zjawisko oddziałujące bezpośrednio na pacjenta, ale również pozwalają dostrzec negatywne oddziaływanie choroby na całe społeczeństwo.

Niniejsze sesja jest poświęcona dalszej dyskusji nad perspektywą społeczną – jej ograniczeniami, zakresem danych i możliwością zastosowania w ocenie technologii medycznych. Swoimi doświadczeniami podzielę się z Państwem przede wszystkim koledzy z Wielkiej Brytanii oraz Szkocji.

¹ Koszty pośrednie w ocenie technologii medycznych. Metodyka, badanie pilotażowe i rekomendacje. Warszawa, grudzień 2014. http://hta.pl/cmsd/uploads/upload_54883d3d95e082.82536106.pdf

Fundusz Walki z Rakiem

Koszyk świadczeń gwarantowanych w Polsce staje się coraz bardziej zamknięty na nowe technologie, w tym na rzeczywiste innowacje. Poza koszykiem pozostaje dziś ponad 250 innowacyjnych technologii lekowych oraz około 1000 innowacyjnych technologii nielekowych. Sytuacja ta dotyczy szczególnie chorych na nowotwory, którzy toczą beznadziejną walkę ze świadomością istnienia leku, który może uratować im życie, ale na który ich nie stać.

W najbliższych latach coraz więcej nowo tworzonych technologii medycznych pozostawać będzie poza zakresem finansowanym ze środków publicznych. Barrierami są braki w budżecie, potęgowane ogólnoswiatowym kryzysem, oraz skomplikowane regulacje prawne zarządzania koszykiem. Podobnie dzieje się w innych krajach regionu CEE oraz średniozamożnych krajach na całym świecie. Główną barierą jest niższy PKB na osobę niż w krajach bogatych oraz jego konsekwencja: mniejszy odsetek PKB wydawany na ochronę zdrowia. Innowacyjne technologie wchodzą najpierw na najzamożniejsze i największe rynki na świecie. Stąd ich wycena, na której opierają się analizy ekonomiczne stanowi poważną barierę, która często okazuje się nie do przejścia. W wielu przypadkach dochodzi do kilkuletniego opóźnienia objęcia innowacyjnego leku refundacją, aż jego cena ulegnie erozji. Dlatego do tego czasu chorzy na nowotwory w Polsce nie mają dostępu do technologii medycznych, które są zdobyczami współczesnej medycyny i które mogłyby im pomóc.

Aby temu zaradzić powstał pomysł utworzenia w Polsce Funduszu Walki z Rakiem (FWR), który ma na celu zapewnienie dostępności do innowacyjnych metod leczenia i diagnostyki chorób nowotworowych. Fundusz Walki z Rakiem pozwoli na ominięcie niewydolnego systemu finansowego oraz, będąc wolnym od centralnych regulacji, będzie mógł rządzić się wg zasad Evidence-Based Health Care (EBHC). Nie ma to być jednak „luksusowe ubezpieczenie dla wybranych”. U jego podstaw leży kilka zasad, wyznaczających kierunek rozwoju i regulujących działanie:

- zasada solidaryzmu - część środków z działalności komplementarnych ubezpieczeń zdrowotnych zostaje przeznaczona na finansowanie FWR dla wszystkich Polaków,
- reguła precedensu - jeśli jedna osoba o danej charakterystyce i postaci choroby otrzyma leczenie, to każda kolejna w tej sytuacji demograficzno-klinicznej otrzyma to leczenie niejako automatycznie,
- pełny dostęp - nie tylko do nowoczesnych leków, ale również nielekowych technologii diagnostycznych i terapeutycznych.



Wielu doświadczonych decydentów polskiego systemu ochrony zdrowia zakrzyknie: „Kontrrewolucja!”, ale takie rzeczy już się dzieją na świecie. Fundusze na rzecz dostępu do innowacji w onkologii działają w Wielkiej Brytanii oraz Australii – krajach przodujących w organizacji systemu ochrony zdrowia.

Sesja terapeutyczna: Jak zrobić porządek z koszykiem świadczeń gwarantowanych?

W Polsce koszyk świadczeń gwarantowanych jest przedmiotem dyskusji ekspertów od końca lat 90-tych ubiegłego wieku. Jednocześnie „koszyk świadczeń” jest od lat nośnym hasłem politycznym, mającym być antidotum na rozwiązanie problemów polskiego systemu ochrony zdrowia. Hasło to wciąż znajduje się w programach partii politycznych, lecz jako ogólnik, bez jakichkolwiek szczegółów czy kierunków zmian.

- Czy widać może być koszyk świadczeń gwarantowanych? Listą pozytywną, negatywną, a może kombinacją tych typów?
- Czy w Polsce stworzyliśmy zamkniętą listę koszyków gwarantowanych, pozwalających na dokładne określenie co pacjentowi się należy w polskim systemie zdrowia?
- Czy możliwe jest określenie go poprzez specyfikację związaną z technologią medyczną?
- Jeżeli tak to w jakim czasie i w jakim zakresie?

Zmieniane są pewne elementy systemu, ale kluczowy problem – deficyt w ochronie zdrowia – pozostaje niezmienny. Innymi słowy, nie można powiedzieć, że w Polsce mamy za mało pieniędzy w ochronie zdrowia. Nie mamy także za mało świadczeń w koszyku. Problem polega na tym, że trzeba określić, co jest najbardziej potrzebne z punktu widzenia zdrowia społeczeństwa i dla tych świadczeń wprowadzić takie warunki, aby nie było trudności z dostępem. Najpierw należy jednak ustalić, które świadczenia się najbardziej potrzebne.

Zaproszeni do sesji zagraniczni goście od lat zajmują się koszykiem świadczeń, a polscy prelegenci biorą udział w kształtowaniu jego ostatecznej koncepcji. Możemy być świadkami ciekawej konfrontacji.

Real World Evidence

We wszystkich krajach świata narasta świadomość, że badania randomizowane, traktowane przez lata jako jedyne pozwalające na „bezwzględną ocenę” skuteczności leczenia, nie oddają pełnego spektrum zastosowania technologii medycznych. Analiza danych rzeczywistych ma być uzupełnieniem pozwalającym na podejmowanie lepszych decyzji ekonomicznych, szczególnie w szerokim horyzoncie czasowym – jak ma to miejsce przy refundacji.

Zainteresowanie nowym podejściem rośnie nie tylko ze względu na możliwość określenia efektywności rzeczywistej, ale również sposób na zbadanie typów populacji, typów zachowań lekarzy, stopnia adherence czy compliance, profilu działań niepożądanych czy kosztów.

Definicja real world data (lub real life data) jest zróżnicowana, lecz w najszerszym zakresie obejmuje wszystkie badania poza III fazą badań (zgodnie z definicją ISPOR) i obecnie jest realizowana w zakresie relative effectiveness czy comparative effectiveness. Tak więc każdy płatnik analizując swoje bazy, w ograniczonym zakresie może publikować dane związane nie tylko z efektywnością, lecz także z procesami i kosztami. Wszystko co jest obserwacją w systemie ochrony zdrowia może być traktowane jako real life data.

W ramach sesji chcemy dyskutować o możliwościach wykorzystania nowych metod analitycznych. Pokażemy jakie problemy metodyczne są związane z wdrożeniem określonych typów rozwiązań. Zaprezentujemy dane możliwe do uzyskania w następujących obszarach:

- istniejące bazy w systemach ochrony zdrowia (dane płatników i szpitali, rejestry),
- badania okresowe w określonych chorobach np. koszty choroby, dane epidemiologiczne,
- badania obserwacyjne w zakresie oceny technologii medycznej, zarządzania chorobą (patient management) i działań niepożądanych,
- rejestry,
- pragmatyczne badania kliniczne,
- w ramach umów podziału ryzyka.



Rola agencji taryfikacji

Od 1 stycznia 2015 zgodnie z Ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581 z późn. zm.) Agencja Oceny Technologii Medycznych poszerzyła swój zakres działalności o wycenę świadczeń medycznych.

Do tej pory analiza kosztów z perspektywy płatnika i niekiedy również z perspektywy społecznej była wymagana ustawowo od podmiotów wnioskujących o włączenie określonej technologii do koszyka świadczeń gwarantowanych. Analizy kosztów (w tym w oparciu o metodykę mikrokosztów) przeprowadzano przede wszystkim na potrzeby decyzji refundacyjnych, a nie cenowych. Stąd dotyczą głównie kosztownych technologii innowacyjnych w porównaniu z opcjonalnymi sposobami postępowania.

W ramach nowych obowiązków Agencja zacznie wykonywać następujące zadania:

- Ustalanie taryfy świadczeń,
- Propozycje zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów,
- Opracowywanie, weryfikacja, gromadzenie, udostępnianie i upowszechnianie informacji o zasadach ustalania taryfy świadczeń,
- Stworzenie metodyki taryfikacji świadczeń,
- Opiniowanie projektów programów polityki zdrowotnej.

Zdaniem ekspertów urealnienie wyceny świadczeń medycznych mogłoby zmniejszyć kolejki do lekarzy i promować najbardziej opłacalne deficytowe świadczenia czy formę opieki. Zasadniczą kwestią staje się pytanie czy wycena świadczeń wykonywana jedynie w oparciu o dane historyczne okaże się skutecznym narzędziem. Uwzględnianie jedynie danych retrospektywnych pozbawia proces niektórych istotnych elementów, takich jak kolejki, rzeczywiste potrzeby, a przede wszystkim konieczności kształtowania systemu zakresu i formy opieki zdrowotnej na przyszłość. Wpisują się one w nurt Real World Data, który coraz więcej krajów zaczyna uwzględniać w planowaniu działań na swoich systemach ochrony zdrowia.

W ramach sesji chcemy pokazać przykłady działania agencji taryfikacji z innych krajów (m.in. z Niemiec), zakres ich obowiązków, metodykę oraz potencjalne problemy z wyceną.

Zapraszamy na kolację z ekspertami do

Muzeum Sztuki i Techniki Japońskiej Manggha

Temat spotkania: **Kultury świata**

Czas: **poniedziałek, 14 grudnia 2015, od godz. 20.00**

Adres: Kraków, ul. Konopnickiej 26,

Fakty o Manggha

- Muzeum Sztuki i Techniki Japońskiej Manggha zostało powołane do życia z inicjatywy Andrzeja Wajdy i otwarte w 1994 roku jako Centrum Sztuki i Techniki Japońskiej Manggha.
- Przez dziesięć lat stanowiło oddział Muzeum Narodowego w Krakowie, będąc zarazem miejscem aktywnej działalności Fundacji Kyoto – Kraków im. Andrzeja Wajdy i Krystyny Zachwatowicz.
- 11 lipca 2002 roku Muzeum Manggha odwiedzili cesarz Japonii Akihito i cesarzowa Michiko, co było niezwykle wyróżnieniem i wyrazem uznania dla roli instytucji.
- W roku 2005 otrzymało status państwowej instytucji kultury.
- Od roku 2007 działa jako placówka muzealna. Zgodnie z ideą Fundatorów powstał w Krakowie „dom dla kolekcji sztuki japońskiej”, zgromadzonej głównie przez Feliksa Mangghę Jasieńskiego, a przechowywanej od 1920 roku w Muzeum Narodowym w Krakowie.
- W 2009 roku zbiory Sztuki Dalekiego Wschodu Muzeum Narodowego w Krakowie zostały przejęte w depozyt przez Muzeum Manggha.



Miejsca

- (A) Hotel Park Inn
Kraków, Monte Cassino 2
- (B) Muzeum Sztuki i Techniki
Japońskiej Manggha,
Kraków, ul. Konopnickiej 26
- (C) Dworzec Główny
Kraków, Pl. Nowaka-Jeziorańskiego

Promocja w Park Inn

- pokój 1-osobowy 250 zł brutto
- pokój 2-osobowy 290 zł brutto

W sprawie rezerwacji prosimy o kontakt z działem rezerwacji hotelu:

tel. 12 375 55 71, 12 375 55 72

Uwaga! Prosimy o podawanie hasła **konferencja CEESTAHC**. Oferta ważna do wyczerpania miejsc.

Dojazd do hotelu Park Inn

Radio Taxi „Dwójki”

tel. 12 196 22, 12 422 22 22

Tramwajem do przystanku „Rondo Grunwaldzkie”

Bilet 20-minutowy: 2,80 PLN



Tabela cen

Ceny netto VAT 23%	Uczestnicy reprezentujący		Studenci i doktoranci
	instytucje publiczne	firmy i osoby prywatne	
rejestracja do 13 listopada 2015			
1 dzień	500,00 zł	1 500,00 zł	250,00 zł
2 dni	700,00 zł	1 900,00 zł	400,00 zł
kolacja z ekspertami	Limit miejsc wyczerpany!		
rejestracja do 27 listopada 2015			
1 dzień	650,00 zł	1 900,00 zł	300,00 zł
2 dni	850,00 zł	2 200,00 zł	500,00 zł
kolacja z ekspertami	Limit miejsc wyczerpany!		
rejestracja po 27 listopada 2015 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
kolacja z ekspertami	Limit miejsc wyczerpany!		

Warunki uczestnictwa

1. Warianty uczestnictwa w Sympozjum:

- 2 dni
- 1 dzień

Uwaga! Limit miejsc na kolacji z ekspertami wyczerpany.

Po wyczerpaniu limitu zgłoszenia możliwe tylko na udział w sesjach.

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 Zamówień
Elektronicznych



drukowanego formularza
zgłoszeniowego

6. **Wpłaty należy dokonać do 7 dni** od daty otrzymania potwierdzenia przyjęcia zgłoszenia (nie później niż 5 dni roboczych przed rozpoczęciem Sympozjum) na konto bankowe:

Bank PKO S.A O/Kraków, ul. Rynek Główny 47, 30-960 Kraków

97 1240 4689 1111 0000 5142 0745

Swift code: PKOPPLPW

Tytuł wpłaty: „Sympozjum EBHC 2015”

7. Rezygnacja – w przypadku rezygnacji z udziału do 4 grudnia 2015 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.



**Boehringer
Ingelheim**





Medtronic



Bristol-Myers Squibb



novo nordisk®



ANGELINI





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.

Komitet Naukowy

Wojciech Matuszewicz
Zbigniew Szawarski
Krzysztof Łanda
Mitchell Sugarman
Brian Godman

Komitet Organizacyjny

Magdalena Władysiuk
Maciej Dziadyk
Tomasz Jan Prycel
Izabela Kukła
Piotr Miazga

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