

Stowarzyszenie CEESTAHC serdecznie zaprasza
do Krakowa na / We heartily invite you to

V Międzynarodowe Sympozjum 5th International Symposium

Evidence-Based Health Care

HTA & Health Insurance

Final programme

Organizatorzy / Organizers

2010

22-23 listopada
November 22nd-23rd

Auditorium Maximum UJ
ul. Krupnicza 35, Kraków, Poland

Prelegenci / Speakers:

Prof. Steffie Woolhandler, USA
Prof. Daniel Wikler, USA
Dr Helen Chung, UK
Prof. Zbigniew Szawarski, Poland
Prof. Henrik Wulff, Denmark
Dr Wija Oortwijn, The Netherlands
Dr Wim Goettsch, The Netherlands
Dr Wojciech Matusewicz, Poland
Anna Janczewska-Radwan, Poland
Prof. Michał Marczak, Poland
David Danko, Hungary
Paweł Kalbarczyk, Poland
Dr Xenia Kruszewska, Poland
Dr Tomasz Romańczyk, Poland
Eva Turk, Slovenia
Dr Adam H. Pustelnik, Poland
Dr Joanna Lis, Poland
Halina Kutaj-Wąsikowska, Poland
Marek Labon, Poland
Krzysztof Łanda, Poland
Magdalena Władysiuk, Poland

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

Szanowni Państwo,

W imieniu Stowarzyszenia CEESTAHC oraz Akademii Leona Koźmińskiego serdecznie zapraszamy do wzięcia udziału w:

V Międzynarodowym Sympozjum Evidence-Based Health Care pt. „HTA & Health Insurance”.

Sympozjum odbędzie się w Krakowie w dniach 22-23 listopada 2010 roku w Auli Auditorium Maximum Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Organizowane po raz piąty Sympozjum EBHC jest wyjątkową inicjatywą edukacyjną dla uczestników z Polski oraz innych krajów Europy Centralnej i Wschodniej. Sympozjum daje możliwość spotkania z ekspertami z Europy i ze świata. Jest również okazją do swobodnej wymiany poglądów z przedstawicielami ministerstw i funduszy zdrowia oraz reprezentantami europejskich środowisk medycznych i biznesowych.

W roku ubiegłym mieliśmy przyjemność zorganizować w Krakowie IV Sympozjum EBHC, które zaowocowało wymianą doświadczeń, nawiązaniem kontaktów i rozpoczęciem współpracy pomiędzy polskimi oraz zagranicznymi środowiskami naukowymi. W roku 2009 w Sympozjum uczestniczyło ponad 300 decydentów, specjalistów EBM i HTA, menedżerów oraz przedstawicieli świata nauki z kilkunastu krajów. Znaczącą grupę stanowili światowej sławy eksperci reprezentujący europejskie oraz międzynarodowe organizacje zajmujące się tematyką pricing'u, efektywności, opłacalności i jakości świadczeń zdrowotnych.

Przewodnim motywem tegorocznego Sympozjum EBHC jest relacja pomiędzy oceną technologii medycznych (HTA) a nowoczesnymi systemami ubezpieczeń dodatkowych. HTA stanowi podstawę tworzenia ofert ubezpieczeń komplementarnych, konkurujących świadczeniami zdrowotnymi. Bez wglądu w skuteczność, bezpieczeństwo i opłacalność metod leczniczych i diagnostycznych trudno wyobrazić sobie racjonalne podejście do tworzenia polis obejmujących świadczenia zdrowotne spoza koszyka świadczeń gwarantowanych i/lub do których dostęp w ramach składki podstawowej jest ograniczony. Precyzja oszacowań w ramach analiz klinicznych, ekonomicznych i finansowych wpływa na ryzyko związane ze sprzedażą polis, przy czym bez wysokiej jakości raportu HTA, ryzyko biznesowe ubezpieczyciela jest ogromne. Niepewność oszacowań jest wprost proporcjonalna do ryzyka konkretnej polisy, a więc wpływa na jej cenę i atrakcyjność rynkową. Pierwsze polisy ubezpieczeń komplementarnych lub mieszanych: suplementarno-komplementarnych, o ile zostaną opracowane na podstawie rzetelnych analiz, staną się polisami referencyjnymi dla kolejnych produktów na rynku.

Ladies and Gentlemen,

On behalf of CEESTAHC Society and Leon Kozminski Academy we kindly invite you to take part in

the 5th International Symposium Evidence-Based Health Care entitled “HTA & Health Insurance”.

The Symposium which will take place on 22-23 November 2010 in Cracow, in the Auditorium Maximum hall of the Jagiellonian University.

The EBHC Symposium, which is now organized for the fifth time, is a unique educational initiative for participants from Poland and other Central and Eastern Europe countries. It is an opportunity of meeting experts from Europe and the whole world. It also gives a possibility to freely exchange opinions with representatives of ministries and health funds as well as European medical and business environments. Last year we had the pleasure of organizing the 4th EBHC Symposium in Cracow, which resulted in exchanging experiences, establishing contacts and commencing cooperation between Polish and foreign scientific communities. In 2009 the Symposium was attended by ca. 300 HTA specialists, managers and science representatives from over a dozen countries. A significant part of them were world-renowned experts representing European and international organizations dealing with pricing, effectiveness, cost-effectiveness and quality of medical services.

The main motive of this year's Symposium is the relation between health technology assessment (HTA) and modern systems of additional insurances. HTA is a basis for creating offers for complementary insurances competing on health services. Regardless of the effectiveness, safety and cost-effectiveness of treatment and diagnostic methods, it is hard to imagine a rational approach to creating policies comprising health services not included in the guaranteed services basket and/or, to which access within the basic contributions is limited. The precision of estimations within clinical, economical and financial analyses influences the risk connected to policy sales, and without a high quality HTA report the business risk of the insurer is huge. Uncertainty of estimations is inversely proportional to the risk of a given policy, and therefore it influences its price and market attractiveness. First policies of complementary insurances or mixed insurances: supplementary-complementary, as long as they will be developed on the basis of reliable analyses will become reference policies for further products on the market.

Dodatkowe ubezpieczenia komplementarne konkurujące świadczeniami zdrowotnymi mogą w znacznym stopniu dofinansować system, a ich wprowadzenie ułatwi dostęp do świadczeń gwarantowanych posiadaczom polisy obowiązkowej, odciążając NFZ. Warto też podkreślić, że ubezpieczenia dodatkowe wydają się być w Polsce jedyną realną alternatywą, by nie rzec wręcz kołem ratunkowym, dla obarczonego licznymi problemami systemu ochrony zdrowia. Obecnie nie ma zgody ani na podniesienie składek na podstawowe ubezpieczenie zdrowotne, ani tym bardziej na redukcję świadczeń zdrowotnych, z koszyka świadczeń gwarantowanych. Inne mechanizmy, takie jak współpłatnictwo, czy jedynie dopłacanie do alternatywnych świadczeń w danym wskazaniu są w Polsce nie tylko nielegalne w myśl obowiązujących przepisów, ale też nie są społecznie akceptowane. Dlatego też oparty na HTA system dodatkowych ubezpieczeń komplementarnych, wydaje się być jedyną osiągalną alternatywą.

Umożliwienie rozwoju ubezpieczeń od ryzyka braku dostępu do świadczeń spoza koszyka oraz do których monopson NFZ nie zapewnia dostatecznego dostępu, nie tylko wprowadzi pożądaną konkurencję na zasadach rynkowych, ale stanowić będzie znaczące dokapitalizowanie całego systemu świadczeń medycznych, a co za tym idzie poprawę sytuacji finansowej świadczeniodawców.

W ramach V Sympozjum przedstawione zostaną zasady tworzenia nowoczesnej, opartej o pryncypia HTA oferty ubezpieczeń komplementarnych oraz rola ubezpieczeń dodatkowych w ewolucji systemów ochrony zdrowia. W agendzie V Sympozjum EBHC poczesne miejsce zajmuje problematyka związana z etycznymi podstawami reform systemów ochrony zdrowia oraz konsekwencje ograniczenia dostępu do podstawowych świadczeń zdrowotnych w społeczeństwie. Ponadto w trakcie sesji plenarnej, otwierającej Sympozjum Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznej wraz z zaproszonymi gośćmi, przedstawi doświadczenia związane z tworzeniem się instytucji zajmującej się HTA w Polsce z umocowaniem ustawowym. Kodą V Sympozjum EBHC będzie podsumowanie doświadczeń Fundacji Watch Health Care w monitorowaniu systemu i dostępności do świadczeń zdrowotnych w Polsce.

Tematyka Sympozjum zostanie przedstawiona przez znanych praktyków ze świata. Program naukowy Sympozjum zostanie zrealizowany w ciągu dwóch dni, w sześciu sesjach tematycznych. Przyjęta formuła Sympozjum zakłada czas na dyskusję z ekspertami zagranicznymi, co pozwoli uczestnikom na interakcję w szerszym zakresie niż ma to zwykle miejsce podczas większości innych konferencji. Komunikację ułatwia równoległe tłumaczenie wszystkich wystąpień na język polski i angielski. W imieniu wszystkich osób i instytucji zaangażowanych w organizację Sympozjum serdecznie zachęcam do udziału w tym ważnym dla ekonomiki zdrowia wydarzeniu.

Additional complementary insurances competing on health services can to a high degree contribute financially to the system, and their introduction will facilitate access to guaranteed services to owners of the obligatory policy, thus relieving the National Health Fund. It should be underlined that additional insurances seem to be the only real alternative in Poland, or even a last resort for this health care system which bears numerous burdens. Currently there is no consent either on increasing the basic health insurance contribution or, what is even less possible, on reducing health services which are included in the guaranteed services basket. Other mechanisms, such as co-payment or additional payments to alternative services in a given indication are not only illegal in Poland, pursuant to the applicable provisions, but also socially unacceptable. That is why a HTA-based system of additional complementary insurances seems to be the only real alternative.

Allowing of the development of insurances against lack of access to services which are not included in the package and to which the NHF monopsony does not ensure sufficient access will not only introduce desired competition on market principles but will also be a significant recapitalisation of the whole medical services system, and therefore an improvement of the service providers' financial situation. On the 5th Sympozjum principles of creating a modern, HTA principles-based offer of complementary insurances and the role of additional insurances in the evolution of health care systems will be presented.

In the agenda of the 5th Sympozjum, an important point comprises the issues related to ethical bases of health care systems reforms and consequences of limiting access to basic health services in the Society. Furthermore, during the plenary session which will open the Sympozjum, the President of the Agency for Health Technology Assessment together with invited guests will present experiences related to creating an institution, which has its legal basis in the act of law, dealing with HTA in Poland. A coda of the 5th Sympozjum will be a summary of Watch Health Care Foundation's experiences in monitoring the system and accessibility to health services in Poland.

The subject matter of the Sympozjum will be presented by renowned practitioners from all over the world. The scientific programme of the Sympozjum will be presented during two days within six thematic sessions. The adopted form of the Sympozjum assumes time for a discussion with foreign experts, which will allow participants to interact in a wider scope than it usually takes place in case of such conferences. Communication will be streamlined by a simultaneous interpretation of all presentations into Polish and English. On behalf of all individuals and institutions involved in the organization of the Sympozjum we cordially invite you to participate in this significant for health economics event.

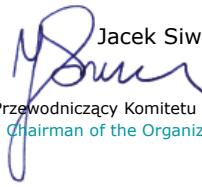
Łączymy wyrazy szacunku,

Yours faithfully,

prof. Jacek Ruszkowski


Viceprzewodniczący Komitetu Naukowego
Vice-chairman of the Scientific Committee

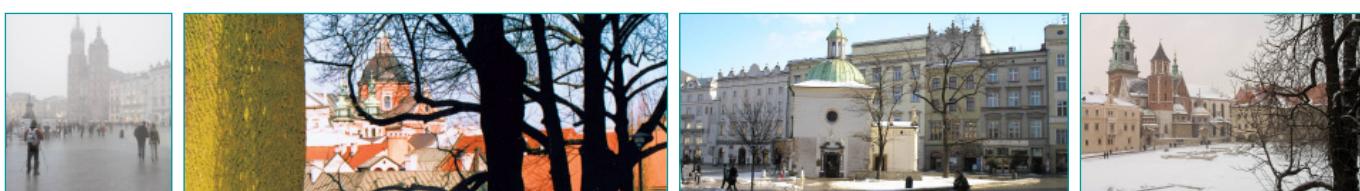
Jacek Siwiec


Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego
Chairman of the Organizing Committee

Poniedziałek, 22 listopada 2010 / Monday, November 22nd, 2010

Sesja / Session	Temat wykładu / Lecture topic	Prelegent / Expert	Czas/Timing
Otwarcie Sympozjum / Opening of the Symposium: Jacek Siwiec i prof. Zbigniew Szawarski			10 min. 10:00 10:10
1 Sesja plenarna Agencji Oceny Technologii Medycznych (AOTM). HTA w realiach ograniczonych zasobów – doświadczenia polskie / Plenary session of the Agency for Health Technology Assessment. Undertaking HTA with limited resources – Polish experience	Oceny technologii NICE: przegląd 10 lat ciągłości oraz zmian / NICE Technology Appraisals: a review of 10 years of continuity and change	Helen Chung	40 min.
	Co wprowadzenie HTA oznacza dla systemu ochrony zdrowia w Słowenii? / What does introduction of HTA in Slovenia mean for the health system?	Eva Turk	40 min.
	EUnetHTA a efektywność względna leków / EUnetHTA and relative effectiveness of pharmaceuticals	Wim Goettsch	20 min.
	HTA w realiach ograniczonych zasobów - doświadczenia Polski / HTA in the situation of limited resources – Poland's experience	Wojciech Matusewicz	20 min.
Przerwa na kawę / Coffee-break			25 min.
2 Sprawiedliwość i opieka zdrowotna: Ograniczenia dostępu do podstawowych świadczeń zdrowotnych / Justice and healthcare: Access limitations to basic medical benefits	Dysproporcje pomiędzy zawartością koszyka a wielkością środków ze składek, jako podstawowa choroba systemu (Panel dyskusyjny). Rada Naukowa oraz Zarząd Fundacji Watch Health Care / Disproportions between the content of the services package and the amount of funds from the insurance contribution as the basic disease of the system (discussion panel). Academic Council and Board of Watch Health Care Foundation		60 min.
	Sprawiedliwość i opieka zdrowotna: Ograniczenia dostępu do podstawowych świadczeń zdrowotnych / Justice and healthcare: access limitations to basic medical benefits	Daniel Wikler	35 min.
	Reforma zdrowia w USA oraz podejście oparte na dowodach naukowych / U.S Health Reform and Evidence-based Approach	Steffie Woolhandler	35 min.
Przerwa na lunch / Lunch-break			60 min.
3 Sprawiedliwość i opieka zdrowotna: Etyczne podstawy reform systemów ochrony zdrowia / Justice and healthcare: Ethical basis of health care systems reforms	Możliwe zagrożenia dla ochrony zdrowia opartej na zasadzie solidarności / Solidarity-based health care under threat	Henrik Wulff	40 min.
	System ochrony zdrowia, sprawiedliwość i zarządzanie ryzykiem na przykładzie Polski / Health care system, justice and risk management: the case of Poland	Michał Marczak	25 min.
	Skala niesprawiedliwości w ochronie zdrowia / The scale of injustice in health care	Zbigniew Szawarski	25 min.
Spotkanie z ekspertami i uroczysta kolacja w Muzeum Inżynierii Miejskiej w Krakowie (Hala F) ul. Św. Wawrzyńca 15, 31-060 Kraków "Meet the Experts" dinner-party at the Muzeum Inżynierii Miejskiej w Krakowie			Zapraszamy o 20:00 / Beginning at 20:00

* w czasy sesji wliczono czas dyskusji / discussion time included



Wtorek, 23 listopada 2010 / Tuesday, November 23rd, 2010

Sesja / Session		Temat wykładu / Lecture topic	Prelegent / Expert	Czas/Timing
4	Ubezpieczenia dodatkowe w ewolucji systemów ochrony zdrowia Additional insurances in the evolution of health care systems	Prywatne ubezpieczenia zdrowotne – lek na chorobę systemu / <i>Private health insurance – a drug to treat the system's disease</i>	Xenia Kruszewska	20 min.
		Konkurencyjne ubezpieczenia zdrowotne gwarancją efektywnego systemu ochrony zdrowia i bezpieczeństwa zdrowotnego Polaków / <i>Competitive health insurances as a guarantee of an effective health care system and health security of Poles</i>	Anna Janczewska-Radwan	25 min.
		Prywatne ubezpieczenia zdrowotne w ewolucji systemów ochrony zdrowia / <i>Private health insurance in the evolution of health care systems</i>	Paweł Kalbarczyk	25 min.
		Ubezpieczenia komplementarne w ewolucji systemów ochrony zdrowia – nacisk na leki oraz wyroby medyczne / <i>Complementary insurance in the evolution of health care systems – emphasis on medicinal products and medical devices</i>	David Danko	30 min.
Przerwa na kawę / Coffee-break				10 min.
5	Rola HTA w tworzeniu polisy ubezpieczeniowej i koszyków ubezpieczeń dodatkowych The role of HTA in developing an insurance policy and additional insurance packages	Czy istnieje potrzeba Evidence Based Hospital Management (EBHM)? / <i>Is there a need for Evidence Based Hospital Management (EBHM)?</i>	Halina Kutaj-Wąsikowska, Marek Labon	30 min.
		Rola HTA w decyzjach refundacyjnych / <i>The role of HTA in reimbursement decisions</i>	Wija Oortwijn	40 min.
		Rola HTA w tworzeniu ubezpieczeń dodatkowych w ochronie zdrowia / <i>The role of HTA in creating additional insurance policies in health care</i>	Joanna Lis	30 min.
		Analiza rekomendacji AOTM i ich wpływ na tworzenie koszyka pozastandardowego / <i>Analysis of AHTAPol recommendations and their influence on the creation of the nonstandard services package</i>	Magdalena Władyściuk	30 min.
Lunch / Lunch				60 min.
6	Watch Health Care. Kolejka, jako technologia o udowodnionej szkodliwości Watch Health Care (WHC) – a queue as a technology of proven harmfulness	Portal korektorzdrowia.pl (WHC) od kuchni / <i>The korektorzdrowia.pl (WHC) website from the inside</i>	Krzysztof Łanda	35 min.
		Platforma certyfikacji świadczeniodawców – prosta droga do świadczenia / <i>A platform of the service providers' certification – an easy way to a medical service</i>	Tomasz Romańczyk	30 min.
		Szpitalne, komercyjne ubezpieczenia zdrowotne, czy jesteśmy już na nie gotowi? / <i>Comercial Hospital Health Insurance, are we ready for it?</i>	Adam H. Pustelnik	20 min.
Zakończenie Sympozjum / Closure of the Symposium: Jacek Siwiec				5 min.

* w czasy sesji wliczono czas dyskusji / discussion time included



Poniedziałek 22 listopada 2010 Monday November 22 nd , 2010	Sesja 1 / Session 1 Sesja plenarna Agencji Oceny Technologii Medycznych (AOTM). HTA w realiach ograniczonych zasobów – doświadczenia polskie Plenary session of the Agency for Health Technology Assessment Undertaking HTA with limited resources – Polish experience Jacek Siwiec, Zbigniew Szawarski, Helen Chung, Eva Turk, Wim Goettsch, Wojciech Matusewicz	Godziny / Timing 10:00 12:20
---	--	------------------------------------

Opis sesji / About the Session	
<p>W trakcie sesji plenarnej przedstawione zostaną ostatnie dokonania w zakresie rozwoju Oceny Technologii Medycznych (HTA) w Polsce. Polska droga do utworzenia Agencji HTA, podobnie jak to miało miejsce w krajach naszego regionu, była z jednej strony dość „kręta”, z drugiej zaś proces ten był bardzo dynamiczny. Do sierpnia 2009 roku Agencja działała w myśl zarządzenia Ministra Zdrowia z 1 września 2005 roku i zajmowała się głównie wydawaniem rekomendacji dla technologii medycznych zleconych przez Ministerstwo Zdrowia. Jako że Agencja powołana była zarządzeniem, a zatem aktem normatywnym niższego rzędu, jej rola w systemie była dość niejasna, a funkcje i zadania zbyt, jak podkreślało wielu ekspertów, zależne od woli Ministra Zdrowia. Niewątpliwym sukcesem była zmiana stanu prawnego Agencji, która to zyskała osobowość prawną, na mocy ustawy z dnia 25 czerwca 2009 roku o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz o cenach. Ustawowe umocowanie AOTM w systemie świadczeń zdrowotnych w Polsce znaczco wzmacniło rolę i zadania Agencji.</p> <p>Sesja plenarna dedykowana AOTM pozwoli na zaprezentowanie polskiej drogi do agencji HTA z uwypukleniem jej obecnych zadań oraz osiągnięć, w tym także tych na arenie współpracy międzynarodowej. Polskie doświadczenia będą skonfrontowane z doświadczeniami innych krajów naszego regionu. Ważnym elementem sesji będzie porównanie zadań i osiągnięć polskiej agencji w stosunku do rozwiązań z innych krajów, gdzie przyjęto inny model funkcjonowania agencji HTA (szczególnie tzw. agencji ciężkich, jak HAS czy NICE).</p>	<p>During the plenary session the latest Polish achievements in the field of Health Technology Assessment will be presented. The Polish road to the establishment of a HTA agency was on the one hand fairly “intricate”, on the other hand the process was very dynamic, as it was the case with other countries of our region. Until August 2009 the Agency acted under the Minister of Health's order of 2006 and it dealt mainly with issuing recommendations for medical technologies commissioned by the Ministry of Health. Due to the fact that the Agency was called by way of an order, an internal and therefore a lower rank normative act, its role in the system was rather vague, and the functions and tasks, as it has been underlined by many experts, was too dependent on the will of the Ministry of Health. A HTA agency's key to success is nevertheless its independence from the changeable will of decision makers. Changing the legal status of the Agency which became a legal entity by virtue of the Act of 25 June 2009 amending the Act on health care services financed from public funds and the Act on prices was an unquestionable success. The authorization of AHTAPol in the health services system in Poland by way of an act has significantly strengthened the Agency's role and tasks.</p> <p>The plenary session dedicated to AHTAPol will allow for a presentation of the Polish road to a HTA agency, with underscoring of its current tasks and achievements, including also those in the arena of international politics. Polish experiences will be confronted with experiences of other countries from our region and from countries which have already accomplished this task. An important element of the session will be a comparison of tasks and achievements of the Polish agency with solutions from other countries, where a different functioning model of the HTA agency has been adopted (especially the so-called heavy model, such as HAS or NICE).</p>

Temat wykładu / Lecture topic	Prelegent / Expert	Czas / Duration	
Otwarcie Sympozjum <i>Opening of the Symposium</i>	Jacek Siwiec Zbigniew Szawarski	10 min.	
Oceny technologii NICE: przegląd 10 lat ciągłości oraz zmian / <i>NICE Technology Appraisals: a review of 10 years of continuity and change</i>	Helen Chung	40 min.	
Co wprowadzenie HTA oznacza dla systemu ochrony zdrowia w Słowenii? <i>/ What does introduction of HTA in Slovenia mean for the health system?</i>	Eva Turk	40 min.	
EUnetHTA a efektywność względna leków / <i>EUnetHTA and relative effectiveness of pharmaceuticals</i>	Wim Goettsch	20 min.	
HTA w realiach ograniczonych zasobów - doświadczenia Polski / <i>HTA in the situation of limited resources – Poland's experience</i>	Wojciech Matusewicz	20 min.	
Dyskusja / Discussion		10 min.	

Poniedziałek 22 listopada 2010 Monday November 22 nd , 2010	Sesja 2 / Session 2 Sprawiedliwość i opieka zdrowotna: Ograniczenia dostępu do podstawowych świadczeń zdrowotnych Justice and healthcare: Access limitations to basic medical benefits Daniel Wikler, Steffie Woolhandler	Godziny / Timing 12:45 15:05
--	--	------------------------------------

Opis sesji 2 i 3 / About the Sessions 2 & 3

Nasze potrzeby zdrowotne rosną znacznie szybciej niż możliwości i środki ich zaspokojenia. Dzieje się tak z kilku powodów: (1) żyjemy coraz dłużej, (2) wskutek niewłaściwych warunków środowiskowych i stylu życia rośnie liczba rozpoznawanych i leczonych chorób, (3) postęp technologiczny w medycynie dostarcza coraz nowszych i coraz bardziej kosztownych metod i środków diagnostycznych i terapeutycznych. Powszechnie ubezpieczenie zdrowotne nie wystarcza już, aby zagwarantować każdemu obywatełowi bezpośredni i łatwy dostęp do opieki lekarskiej. Ponieważ koszty ochrony zdrowia publicznego, rozpoznawania i leczenia chorób nieustannie rosną, żadne, nawet najbardziej rozwinięte pod względem ekonomicznym państwo, nie jest w stanie zagwarantować swoim obywatełom zaspokojenia wszystkich możliwych indywidualnych potrzeb zdrowotnych.

W tej sytuacji pojawia się konieczność jednoznacznego zdefiniowania zasad sprawiedliwej dystrybucji ograniczonych środków zdrowotnych. Jeśli nie możemy skutecznie zaspokoić wszystkich potrzeb zdrowotnych obywateł, musimy nie tylko powiedzieć, co się komu należy ze wspólnej kasy (koszyk świadczeń zdrowotnych) i jakie są granice leczenia, lecz także musimy moralnie uzasadnić naszą decyzję wyboru takich lub innych zasad rozdziału ograniczonych zasobów.

Nie istnieje jedna tylko powszechnie uznana teoria sprawiedliwości, która można by skutecznie zastosować w sytuacji rozdziału ograniczonych środków zdrowotnych. Niektórzy filozofowie podkreślają, że główną moralną zasadą polityki zdrowotnej powinien być swoiste rozumiany egalitaryzm (wszyscy mamy równe prawo do zaspokojenia naszych potrzeb zdrowotnych, a społeczeństwa egalitarne są zdrowsze niż społeczeństwa drastycznie zróżnicowane). Inni kładą nacisk na konieczność zagwarantowania obywatełom dobrego i szczęśliwego życia oraz możliwości osiągnięcia tego, na czym im najbardziej zależy. Spór jest niezwykle złożony i trudny do rozstrzygnięcia. Politycy, lekarze i pacjenci nie mogą go jednak ignorować. Każde bowiem nowoczesne państwo powinno mieć świadomość moralnych podstawa prowadzonej przezeń polityki społecznej i zdrowotnej. Powinno więc ono jasno i wyraźnie sformułować podstawowe zasady i wartości moralne, którymi będzie się kierować w procesie reformowania oraz doskonalenia swojego systemu opieki zdrowotnej. Wszelka bowiem reforma systemu zdrowotnego będzie skuteczna i udana wtedy i tylko wtedy, jeśli przyniesie ostatecznie więcej dobra niż zła.

Our health needs grow much faster than possibilities and means allowing for their satisfying. There are several reasons for that: (1) we live longer (2) due to unsuitable environmental conditions and lifestyle the number of recognisable and treated diseases grows (3) technological development in medicine provides newer and more expensive diagnostic and therapeutic methods and measures all the time. The general health insurance does not suffice to guarantee every citizen direct and simple access to health care. Due to the fact that costs of public health care, as well as diagnosing and treating diseases are constantly growing, no country, even one which is most economically developed is not able to guarantee its citizens the satisfaction of all possible individual health care needs.

In such a situation there is a need to univocally define the principles of just distribution of the limited health funds. If it is impossible for us to successfully satisfy all of the citizens' health care needs, we not only have to define who deserves what (guaranteed services package) and what are the limitations of treatment, but we also have to morally justify our choice of these principles of the limited resources' distribution.

Temat wykładu / Lecture topic	Prelegent / Expert	Czas / Duration	
Dysproporcje pomiędzy zawartością koszyka a wielkością środków ze składek, jako podstawowa choroba systemu (Panel dyskusyjny). Rada Naukowa oraz Zarząd Fundacji Watch Health Care / Disproportions between the content of the services package and the amount of funds from the insurance contribution as the basic disease of the system (discussion panel); Academic Council and Board of Watch Health Care Foundation		35 min.	 
Sprawiedliwość i opieka zdrowotna: Ograniczenia dostępu do podstawowych świadczeń zdrowotnych / Justice and healthcare: access limitations to basic medical benefits	Daniel Wikler	35 min.	
Reforma zdrowia w USA oraz podejście oparte na dowodach naukowych / U.S Health Reform and Evidence-based Approach	Steffie Woolhandler	35 min.	
Dyskusja / Discussion		10 min.	

Poniedziałek 22 listopada 2010 Monday November 22 nd , 2010	Sesja 3 / Session 3 Sprawiedliwość i opieka zdrowotna: Etyczne podstawy reform systemów ochrony zdrowia / Justice and healthcare: Justice and healthcare: Ethical basis of health care systems reforms Henrik Wulff, Michał Marczak, Zbigniew Szawarski	Godziny / Timing 16:05 17:45
---	---	------------------------------------

Opis sesji 2 i 3 / About the Sessions 2 & 3

Nasze potrzeby zdrowotne rosną znacznie szybciej niż możliwości i środki ich zaspokojenia. Dzieje się tak z kilku powodów: (1) żyjemy coraz dłużej, (2) wskutek niewłaściwych warunków środowiskowych i stylu życia rośnie liczba rozpoznawanych i leczonych chorób, (3) postęp technologiczny w medycynie dostarcza coraz nowszych i coraz bardziej kosztownych metod i środków diagnostycznych i terapeutycznych. Powszechnie ubezpieczenie zdrowotne nie wystarcza już, aby zagwarantować każdemu obywatelewi bezpośredni i łatwy dostęp do opieki lekarskiej. Ponieważ koszty ochrony zdrowia publicznego, rozpoznawania i leczenia chorób nieustannie rosną, żadne, nawet najbardziej rozwinięte pod względem ekonomicznym państwo, nie jest w stanie zagwarantować swoim obywatelem zaspokojenia wszystkich możliwych indywidualnych potrzeb zdrowotnych.

W tej sytuacji pojawia się konieczność jednoznacznego zdefiniowania zasad sprawiedliwej dystrybucji ograniczonych środków zdrowotnych. Jeśli nie możemy skutecznie zaspokoić wszystkich potrzeb zdrowotnych obywatelei, musimy nie tylko powiedzieć, co się komu należy ze wspólnej kasy (koszyk świadczeń zdrowotnych) i jakie są granice leczenia, lecz także musimy moralnie uzasadnić naszą decyzję wyboru takich lub innych zasad rozdziału ograniczonych zasobów.

Nie istnieje jedna tylko powszechnie uznana teoria sprawiedliwości, którą można by skutecznie zastosować w sytuacji rozdziału ograniczonych środków zdrowotnych. Niektórzy filozofowie podkreślają, że główną moralną zasadą polityki zdrowotnej powinien być swoiste rozumiany egalitarystm (wszyscy mamy równe prawo do zaspokojenia naszych potrzeb zdrowotnych, a społeczeństwa egalitarne są zdrowsze niż społeczeństwa drastycznie zróżnicowane). Inni kładą nacisk na konieczność zagwarantowania obywatełom dobrego i szczęśliwego życia oraz możliwości osiągnięcia tego, na czym im najbardziej zależy. Spór jest niezwykle złożony i trudny do rozstrzygnięcia. Politycy, lekarze i pacjenci nie mogą go jednak ignorować. Każde bowiem nowoczesne państwo powinno mieć świadomość moralnych podstaw prowadzonej przezeń polityki społecznej i zdrowotnej. Powinno więc ono jasno i wyraźnie sformułować podstawowe zasady i wartości moralne, którymi będzie się kierować w procesie reformowania oraz doskonalenia swojego systemu opieki zdrowotnej. Wszelka bowiem reforma systemu zdrowotnego będzie skuteczna i udana wtedy i tylko wtedy, jeśli przyniesie ostatecznie więcej dobra niż zła.

Our health needs grow much faster than possibilities and means allowing for their satisfying. There are several reasons for that: (1) we live longer (2) due to unsuitable environmental conditions and lifestyle the number of recognisable and treated diseases grows (3) technological development in medicine provides newer and more expensive diagnostic and therapeutic methods and measures all the time. The general health insurance does not suffice to guarantee every citizen direct and simple access to health care. Due to the fact that costs of public health care, as well as diagnosing and treating diseases are constantly growing, no country, even one which is most economically developed is not able to guarantee its citizens the satisfaction of all possible individual health care needs.

In such a situation there is a need to univocally define the principles of just distribution of the limited health funds. If it is impossible for us to successfully satisfy all of the citizens' health care needs, we not only have to define who deserves what (guaranteed services package) and what are the limitations of treatment, but we also have to morally justify our choice of these principles of the limited resources' distribution.

Temat wykładu / Lecture topic	Prelegent / Expert	Czas / Duration	
Sprawiedliwość w ochronie zdrowia: perspektywa lekarza medycyny / Justice in Health Care: The Perspective of the Medical Practitioner	Henrik Wulff	40 min.	
System ochrony zdrowia, sprawiedliwość i zarządzanie ryzykiem na przykładzie Polski / Health care system, justice and risk management: the case of Poland	Michał Marczak	25 min.	
Skala niesprawiedliwości w ochronie zdrowia / The scale of injustice in health care	Zbigniew Szawarski	25 min.	
Dyskusja / Discussion		10 min.	



Wtorek 23 listopada 2010 Tuesday November 23 rd , 2010	Sesja 4 / Session 4 Ubezpieczenia dodatkowe w ewolucji systemów ochrony zdrowia Additional insurances in the evolution of health care systems Xenia Kruszewska, Anna Janczewska-Radwan, Paweł Kalbarczyk, David Danko	Godziny / Timing 10:00 11:50
--	--	------------------------------------

Opis sesji / About the Session

W dawnych czasach ludzie posiadali pieniądze, ale medycyna nie miała im wiele do zaproponowania. Często stosowane w minionych stuleciach „technologie medyczne” były nieskuteczne, z pogranicza magii i wierzeń lub wręcz szkodliwe. Dziś na ochronę zdrowia można wydać każde pieniądze i żadnego kraju nie stać na finansowanie najskuteczniejszych technologii medycznych w każdym wskazaniu. Mówią się dziś, że możliwości medycyny przekroczyły możliwości finansowe – stąd słynne zdanie śp. Prof. Zbigniewa Religi, że w Polsce w ramach środków ze składek podstawowej „leczymy wszystkie choroby, ale nie wszystkimi metodami”. Kiedyś dostęp do lekarza i leczenia był przywilejem bogatych, a biedni korzystali z porad znaczących lub nie byli leczeni w ogóle. Wraz z pojawieniem się systemu zabezpieczeniowego typu bismarckowskiego, z dobrzejszymi możliwościami korzystać znacznie więcej osób, z biedniejszych warstw społecznych. Wiele prac naukowych wskazuje, że choćby skromne ubezpieczenie zdrowotne za niewielką składkę zdrowotną jest społecznie lepsze niż brak takiego ubezpieczenia w ogóle – choćby przykład Rwandy, gdzie za 7 USD rocznej składki zdrowotnej ubezpieczeni uzyskują dostęp do kilku najważniejszych świadczeń zdrowotnych w koszyku podstawowym. Najbogatsze kraje zwykle nie mają problemu z dostępem do podstawowych i najważniejszych świadczeń zdrowotnych – po prostu stać ich na wiele. W krajach bogatych funkcjonują ubezpieczenia suplementarne, choć często również ubezpieczenia komplementarne, oferujące stosunkowo niewielkie technologie medyczne spoza koszyka gwarantowanego. Natomiast chyba większość krajów średniozamożnych i rozwijających się doświadcza dysproporcji pomiędzy zawartością koszyka świadczeń „gwarantowanych” i wielkością środków z podstawowej składki zdrowotnej. Ta dysproporcja rodzi w systemie różne patologie, m.in.: kolejki, korupcję czy korzystanie z przywileju w dostępie do lekarza.

In former times people possessed money, but medicine did not have much to offer. Often the “medical technologies” used in the previous centuries were ineffective, bordering on magic and beliefs or even harmful. Today one can spend any amount of money on health care and no country can afford to finance the most effective medical technologies in every indication. It is said today that medicine's possibilities have exceeded financial possibilities – therefore the famous statement of the late Professor Zbigniew Religa, that in Poland, within the funds of basic contributions “we treat all diseases, but not with all methods”. In the past times access to doctors and treatment was a privilege of the rich, and the poor used the advice of quacks or they were not treated at all. When a Bismarckian security system was developed, medicine was used by a much wider group of people, from the poorer social classes. Many scientific works indicate that even a modest health insurance for a low contribution is socially better than no such insurance at all – take the example of Rwanda, where for 7 USD of yearly health contributions the insured receive access to a few most important health services in the basic package. The wealthiest countries usually do not have problems with providing access to basic and most important health services – they simply can afford much. In wealthy countries there are supplementary insurances, but often also complementary insurances, offering relatively few health technologies which are not included in the guaranteed package. On the other hand, probably the majority of moderately wealthy and developing countries have disproportions between the contents of the “guaranteed” benefits package and the amount of funds from basic contributions. This disproportion gives rise to various pathologies, among others: queues, corruption or using privileges in access to doctors.

Temat wykładu / Lecture topic	Prelegent / Expert	Czas / Duration	
Prywatne ubezpieczenia zdrowotne – lek na chorobę systemu / Private health insurance – a drug to treat the system's disease	Xenia Kruszewska	20 min.	
Konkurencyjne ubezpieczenia zdrowotne gwarancją efektywnego systemu ochrony zdrowia i bezpieczeństwa zdrowotnego Polaków / Competitive health insurances as a guarantee of an effective health care system and health security of Poles	Anna Janczewska-Radwan	25 min.	
Prywatne ubezpieczenia zdrowotne w ewolucji systemów ochrony zdrowia / Private health insurance in the evolution of health care systems	Paweł Kalbarczyk	25 min.	
Ubezpieczenia komplementarne w ewolucji systemów ochrony zdrowia – nacisk na leki oraz wyroby medyczne / Complementary insurance in the evolution of health care systems – emphasis on medicinal products and medical devices	David Danko	30 min.	
Dyskusja / Discussion		10 min.	

Wtorek 23 listopada 2010 Tuesday November 23 rd , 2010	Sesja 5 / Session 5 Rola HTA w tworzeniu polisy ubezpieczeniowej i koszyków ubezpieczeń dodatkowych The role of HTA in developing an insurance policy and additional insurance packages Halina Kutaj-Wąsikowska, Marek Labon, Wija Oortwijn, Joanna Lis, Magdalena Władysiuk	Godziny / Timing 12:00 14:20
--	---	------------------------------------

Opis sesji / About the Session	
<p>Ocena technologii medycznych odgrywa bardzo istotną rolę przy tworzeniu polis ubezpieczeń zdrowotnych, zarówno gdy w danym kraju występuje monopson płatnika w systemie zabezpieczeniowym, jak też w przypadku gry rynkowej instytucji ubezpieczeniowych. W pierwszym przypadku dla płatnika i polityków istotne jest utrzymanie dyscypliny finansowej, choć także, powinno być, zabezpieczenie dobrego dostępu do świadczeń zdrowotnych, najważniejszych z punktu widzenia zdrowotności społeczeństwa, a więc świadczeń wysoce skutecznych i najbardziej opłacalnych z opcjonalnych. W przypadku gry rynkowej instytucji ubezpieczeń zdrowotnych, niezależnie od poziomu, na którym występuje, HTA dostarcza podstawowych informacji niezbędnych aktuarium do szacowania ryzyka poszczególnych polis. Bez informacji uzyskanych w wyniku oceny technologii medycznych bardzo trudno osiągnąć złoty środek, czyli odnieść sukces biznesowy tworząc jednocześnie atrakcyjną dla klientów ofertę. HTA jest podstawowym narzędziem wykorzystywanym na rzecz tworzenia koszyka podstawowego w krajach rozwiniętych, jednak rola raportów oceny technologii medycznych jest nawet większa, a proces oceny bardziej rygorystyczny, w przypadku tworzenia koszyka pozastandardowego czy negatywnego. Przykłady bolesnych lekcji wynikających z braku dokładnego uzasadnienia wykluczeń były już też przedstawiane na jednym z poprzednich Sympozjów stowarzyszenia CEESTAHC. W przypadku koszyka pozastandardowego, z którego korzystają dodatkowe ubezpieczenia komplementarne konkurujące świadczeniami zdrowotnymi, HTA ma kluczowe znaczenie, zarówno w odniesieniu do zasad i praktyki tworzenia tego koszyka, a w związku z tym atrakcyjnością jego zawartości dla potencjalnych klientów, jak również przy samym tworzeniu polis.</p>	<p>Health technology assessment plays a very significant role in the development of health insurance policies, both in the case of a payer's monopsony in the security system, as well as in the case of market play of insurance institutions. In the first case, it is very important for the payer and politicians to maintain financial discipline, but it should also be important to secure proper access to health services which are most significant from the point of view of society's health, and therefore highly effective and most cost-effective from the available options. In the case of market play of insurance institutions, regardless of the level in which it occurs, HTA provides basic information which is necessary for actuaries to assess the risk of particular policies. Without information obtained due to health technology assessment it is very difficult to reach the golden mean, that is achieving a business success and at the same time creating an offer which would be attractive for clients. HTA is a basic tool used for the purpose of developing the basic benefits package in developed countries, however, in the case of developing a nonstandard or negative package the role of health technology assessment reports is even greater and the process of assessment more strict – examples of painful lessons resulting from lack of exact/careful justification of exclusions have been already presented on one of the earlier CCESTAHС Society's Symposia. In case of a nonstandard package, which is used by complementary additional insurances competing on health services, HTA is of key importance, both with reference to principles and practice of developing such a package, and therefore the attractiveness of its contents for potential clients, as well as with regard to the development of policies itself.</p>

Temat wykładu / Lecture topic	Prelegent / Expert	Czas / Duration	
Czy istnieje potrzeba Evidence Based Hospital Management (EBHM)? / Is there a need for Evidence Based Hospital Management (EBHM)?	Halina Kutaj-Wąsikowska Marek Labon	30 min.	
Rola HTA w decyzjach refundacyjnych / The role of HTA in reimbursement decisions	Wija Oortwijn	40 min.	
Rola HTA w tworzeniu ubezpieczeń dodatkowych w ochronie zdrowia / The role of HTA in creating additional insurance policies in health care	Joanna Lis	30 min.	
Analiza rekomendacji AOTM i ich wpływ na tworzenie koszyka pozastandardowego / Analysis of AHTAPol recommendations and their influence on the creation of the nonstandard services package	Magdalena Władysiuk	30 min.	
Dyskusja / Discussion		10 min.	

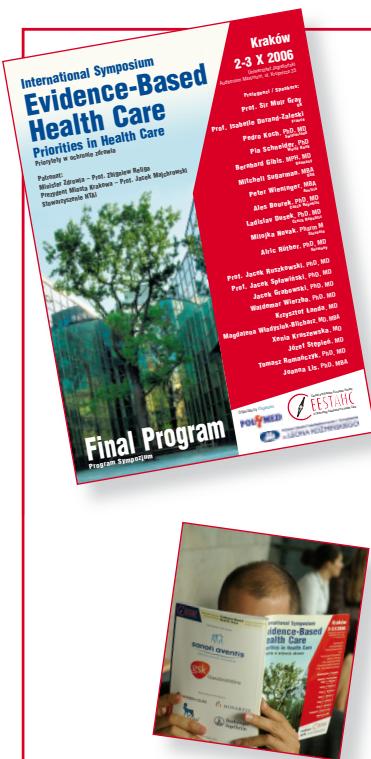
Wtorek 23 listopada 2010 Tuesday November 23 rd , 2010	<p>Sesja 6 / Session 6</p> <p>Watch Health Care. Kolejka, jako technologia o udowodnionej szkodliwości</p> <p>Watch Health Care (WHC) – a queue as a technology of proven harmfulness</p> <p>Krzysztof Łanda, Tomasz Romańczyk, Adam H. Pustelnik</p>	Godziny / Timing 15:20 16:50
--	--	------------------------------------

Opis sesji / About the Session

Fundacja Watch Health Care (WHC) została zarejestrowana w dniu 2 kwietnia 2010 r. w Krakowie. Misją Fundacji jest dostarczanie szerokiej, kompletnej, wiarygodnej i opartej na dowodach naukowych informacji na temat dysproporcji środków finansowych i zawartości koszyka oraz związanych z tym ograniczeń w dostępie do opieki zdrowotnej w Polsce. Informacja ta kierowana jest do: decydentów w ochronie zdrowia, osób chorych i zdrowych oraz instytucji ubezpieczeń dodatkowych. Zbierane informacje dotyczą ograniczeń dostępu do świadczeń tak, jak to odbiera pacjent, a więc ukazują często smutną rzeczywistość widzianą oczami chorego. Do najczęściej zgłaszanego rodzajów ograniczeń dostępu można zaliczyć: kolejki, limitowanie świadczeń przez ograniczenie wielkości kontraktu, zaniżona (błędna) wycena prowadząca do selekcji chorych, etapowość leczenia i różnego rodzaju przeszkode biurokratyczne, zawężone kryteria włączania do PT, współpłatnictwo, brak standardów postępowania i inne. Ograniczenia w dostępie do świadczeń z koszyka „gwarantowanego” są przedstawiane w formie rankingu. W tym obszarze głównym kryterium rankingującym jest opłacalność, czyli stosunek kosztu do uzyskiwanego efektu zdrowotnego. Dodatkowe kryteria rankingujące obejmują: wpływ na zdrowie publiczne, wpływ na zdrowie jednostki, efektywność/siłę interwencji, stopień uciążliwości ograniczenia dostępu, waga liczby zweryfikowanych świadczeniodawców i niepewność oszacowań opłacalności. Prezentowane są również świadczenia spoza koszyka gwarantowanego, czyli świadczenia, które dziś nie są finansowane w Polsce w ramach składki podstawowej. W tym obszarze głównym kryterium rankingującym jest przewaga w sile interwencji względem najskuteczniejszej opcji postępowania, czyli efektywność kliniczna. Do pozostałych kryteriów należą: wpływ na zdrowie publiczne, wpływ na zdrowie jednostki i niepewność oszacowań siły interwencji.

Watch Health Care (WHC) Foundation was registered on 2 April 2010 in Cracow. The mission of the Foundation is providing broad, competent, credible and evidence-based information on the disproportion of financial means and the contents of the package and the limitations of access to health care in Poland. This information is directed at: decision makers in health care, patients and healthy people and additional insurance institutions. The collected information regards limitations in access to health services as seen by the patient, and therefore depicts the patient's often sad reality. The most often reported types of access limitations are as follows: queues, reducing services by way of limiting the size of the contract with the National Health Fund, undervalued (erroneous) evaluation leading to selecting patients, stepwise treatment and red tape, narrowed down criteria of including to therapeutic programs, copayment, lack of procedure standards and others. Limitations of access to services included in the "guaranteed" package are presented in the form of a ranking. In this field the main criterion is cost-effectiveness - the relation of cost to the received health benefit. Additional ranking criteria comprise: influence on public health, influence on the patient's health, effectiveness/strength of an intervention, the degree of difficulties resulting from limited access, the importance of the number of service providers and the uncertainty of estimations towards the cost-effectiveness. There are also presented services which are not included in the guaranteed package, that is services which currently are not financed from basic contributions in Poland. In this field the main ranking criteria is the advantage in the strength of an intervention compared to the other most effective treatment option, that is efficacy. Other criteria are: impact on public health, impact on the patient's health and the uncertainty of estimation towards the strength of an intervention.

Temat wykładu / Lecture topic	Prelegent / Expert	Czas / Duration	
Portal korektorzdrowia.pl (WHC) od kuchni / The korektorzdrowia.pl (WHC) website from the inside	Krzysztof Łanda	35 min.	
Platforma certyfikacji świadczeniodawców – prosta droga do świadczenia / A platform of the service providers' certification – an easy way to a medical service	Tomasz Romańczyk	30 min.	
Szpitalne, komercyjne ubezpieczenia zdrowotne, czy jesteśmy już na nie gotowi? / Comercial Hospital Health Insurance, are we ready for it?	Adam H. Pustelnik	20 min.	
Zakończenie Sympozjum / Closure of the Symposium : Jacek Siwiec		5 min.	



I Międzynarodowe Sympozjum EBHC „Priorytety w ochronie zdrowia”
1st International Symposium EBHC „Priorities in Health Care”



Sir Muir Gray



Isabelle Durand-Zaleski



Pedro Koch



Alric Rüther



Magdalena Władysiuk



Jacek Ruszkowski



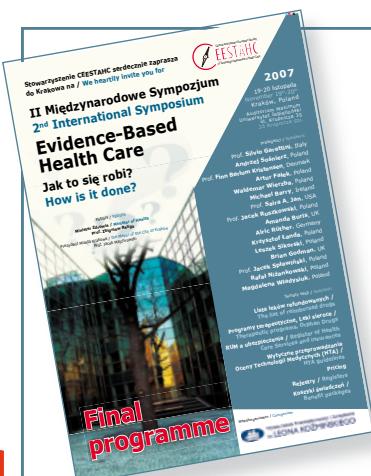
Mitchell Sugarman



Krzysztof Łanda



2006



II Międzynarodowe Sympozjum EBHC „Jak to się robi?”
2nd International Symposium EBHC „How is it done?”



Andrzej Sośnierz



J. Siwiec & Artur Falek



Saira A. Jan



Amanda Burls



Silvio Garattini



Brian Godman



Finn B. Kristensen



2007



III Międzynarodowe Sympozjum EBHC „Racjonalne podstawy reform” 3rd International Symposium EBHC „Rational behind the reforms”



Joanna Mucha



Wynand van de Ven



Pia Schneider



Ulf Bergman



Ken Paterson



Rafał Zysk

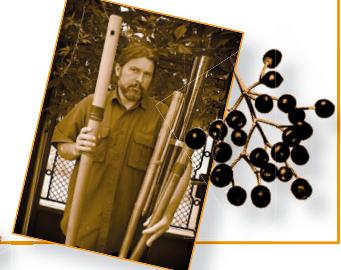


Ad R. Schuurman



Allan Haycox

2008



IV Międzynarodowe Sympozjum EBHC „HTA & Pricing” 4th International Symposium EBHC „HTA & Pricing”



David Banta



Michael Drummond



Rod Taylor



Erin Huntington



Katarzyna Bondaryk



Alexandre Lemgruber



Pavel Vorobьев & Oleg Borisenko



Rabia Kahveci



2009



Prelegenci / Speakers

Prof. Steffie Woolhandler; lek. med., magister zdrowia publicznego, profesor medycyny, Harwardzka Szkoła Medyczna Szpital Cambridge, Cambridge Health Alliance, USA / [M.D. MPH Professor of Medicine, Harvard Medical School Cambridge Hospital, Cambridge Health Alliance, USA](#)

Prof. Daniel Wikler; dr, Profesor Etyki i Populacji Mary B. Saltonstall oraz Profesor Etyki i Zdrowia Populacji w Departamencie Zdrowia Globalnego oraz Populacji, Harwardzka Szkoła Zdrowia Publicznego, USA / [Ph.D. Mary B. Saltonstall Professor Professor of Ethics and Population Health Department of Global Health and Population Harvard School of Public Health, USA](#)

Dr Helen Chung; absolwentka programu MBBS, mgr, AIA, Zastępca Dyrektora ds. Ocen Wartościujących, Centrum Oceny Technologii Medycznej, Narodowy Instytut Zdrowia i Doskonałości Klinicznej (NICE), Wielka Brytania / [MBBS, MSc, AIA, Associate Director - Appraisals, Centre for Health Technology Evaluation, National Institute for Health and Clinical Excellence, UK](#)

Prof. Zbigniew Szawarski; Instytut Filozofii, Uniwersytet Warszawski, Polska / [Institute of Philosophy, University of Warsaw, Poland](#)

Prof. Henrik Wulff; Uniwersytet w Kopenhadze, Dania / [University of Copenhagen, Denmark](#)

Dr Wija Oortwijn; Główny Konsultant ds. Ochrony Zdrowia at ECORYS, Holandia / [PhD, Principal Health Consultant at ECORYS, The Netherlands](#)

Dr Wim Goettsch; Zastępca Sekretarza Holenderskiej Rady Ubezpieczenia Zdrowotnego (CVZ), Holandia / [PhD, Deputy Secretary Medicinal Products Reimbursement Committee, Dutch Health Care Insurance Board \(CVZ\), The Netherlands](#)

Dr n. med. Wojciech Matusewicz; Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych, Polska / [MD, PhD, President of Agency for Health Technology Assessment in Poland, Poland](#)

Anna Janczewska-Radwan; Prezes POLMED, Polska / [President of the Board of POLMED, Poland](#)

Prof. Michał Marczak; Katedra Polityki Ochrony Zdrowia, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Polska / [Faculty of Health Science, Medical University of Lodz, Poland](#)

David Danko; pracownik naukowy Instytutu Zarządzania, Uniwersytet Corvinusa w Budapeszcie, Węgry / [Research Fellow, Institute of Management, Corvinus University of Budapest, Hungary](#)

Paweł Kalbarczyk; Polska Izba Ubezpieczeń, Poland / [PIU, Poland](#)

Dr Xenia Kruszewska; Prezes MEDICA Polska Ubezpieczenia Zdrowotne TU SA, Polska / [MD, PhD, President of the Board, MEDICA Polska Ubezpieczenia Zdrowotne TU SA, Poland](#)

Dr n. med. Tomasz Romańczyk; Naczelna Izba Lekarska, Polska / [MD, PhD, The Polish Chamber of Physicians and Dentists, Poland](#)

Eva Turk; Instytut Zdrowia Publicznego, Słowenia / [MA, MBA, Institute of Public Health of the Republic of Slovenia, Slovenia](#)

Dr Adam H. Pustelnik; Prezes zarządu SIGNAL IDUNA Życie Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A, Polska / [PhD, President of the Board, Signal Iduna Poland Insurance Company S.A., Poland](#)

Dr Joanna Lis; MBA, Kierownik Departamentu Ekonomiki Zdrowia w Grupie Sanofi-Aventis, Polska / [PhD, MBA, Manager of Health Economics Dept. Sanofi-Aventis Group, Poland](#)

Halina Kutaj-Wąsikowska; I wiceprezydent Towarzystwa Promocji Jakości, członek ESQH, Polska / [I Deputy President of Polish Society for Quality Promotion in Health Care, member of ESQH, Poland](#)

Marek Labon; lek. med., były prezydent Towarzystwa Promocji Jakości, Doradca ds. medycznych Szpitala Miejskiego w Gdyni, Polska / [MD, former President of Polish Society for Quality Promotion in Health Care, Medical Advisor to the Municipal Hospital in Gdynia, Poland](#)

Krzesztof Łanda; Prezes fundacji Watch Health Care, Polska / [MD, President of the Board, Watch Health Care Foundation, Poland](#)

Magdalena Władysiuk; lek. med., MBA, Prezes CEESTAHC, Wiceprezes HTA Consulting, Polska / [MD, MBA, President of the Board of The Central And Eastern European Society Of Technology Assessment In Health Care \(CEESTAHC\), Vice-president, HTA Consulting, Poland](#)

Warunki uczestnictwa / *Conditions of participation*

1. Koszt uczestnictwa jednej osoby:

Zgłoszenie	Pozycja kosztów	Cena dla	
		instytucji publicznych	firm i osób prywatnych
do 20.10.2010	udział w V Sympozjum	700 zł	2400 zł
	kolacja z ekspertami	300 zł	300 zł
	Razem	1000 zł	2700 zł
do 21.11.2010	udział w V Sympozjum	850 zł	2700 zł
	kolacja z ekspertami	300 zł	300 zł
	Razem	1150 zł	3000 zł
w trakcie Sympozjum	udział w V Sympozjum	950 zł	3000 zł
	kolacja z ekspertami	350 zł	350 zł
	Razem	1300 zł	3350 zł

Liczba miejsc ograniczona!

2. W cenie wliczone są:

- uczestnictwo w sesjach naukowych
- materiały szkoleniowe
- lunch

3. W celu dokonania zgłoszenia należy wypełnić wydrukowany formularz ZGŁOSZENIE UCZESTNICTWA i przesłać go pocztą bądź faksem (patrz Kontakt).

Można też dokonać zgłoszenia za pośrednictwem strony www.ceestahc.org

4. Wpłaty należy dokonać do 14 dni od daty otrzymania potwierdzenia przyjęcia zgłoszenia (nie później niż 5 dni roboczych przed rozpoczęciem Sympozjum) na konto:

97 1240 4689 1111 0000 5142 0745

Tytuł wpłaty: „Sympozjum EBHC 2010”

5. W przypadku rezygnacji z udziału do 1 listopada 2010 roku koszty rezygnacji wynoszą 400 zł – po tym terminie koszty rezygnacji są równe pełnej opłacie za udział.

6. Organizatorzy zastrzegają sobie prawo do zmian w programie.

1. Participation cost of a single person:

Application	Position	Price for	
		public institutions	private sector
till 20.10.2010	participation in the Symp.	200 Euro	620 Euro
	dinner-party	75 Euro	75 Euro
	All	275 Euro	695 Euro
till 21.11.2010	participation in the Symp.	220 Euro	650 Euro
	dinner-party	75 Euro	75 Euro
	All	295 Euro	725 Euro
during Symposium	participation in the Symp.	235 Euro	740 Euro
	dinner-party	75 Euro	75 Euro
	All	310 Euro	815 Euro

Number of places is limited!

2. Price includes:

- participation in the Symposium
- educational Symposium materials
- lunches

3. In order to be registered, please fill out the printed APPLICATION FORM and send it by fax or mail (see **Contact**). Submission of the application form is also possible via and available at: www.ceestahc.org

4. The fee needs to be transferred within 14 days after confirmation of the submission acceptance had been received (not later than 5 working days before the beginning of the Symposium) to the following account:

PL 97 1240 4689 1111 0000 5142 0745

Swift code: **PKOPPLPW**

Title: „EBHC Symposium 2010”

5. In case of withdrawal from participation before November 1st, 2010 costs of withdrawal amount 120 Euro – after that day these costs are equal to the fee.

6. The Organizers reserve the right to change the Symposium program.

Kontakt / *Contact***CEESTAHC**

30-015 Kraków
ul. Świętokrzyska 4/1
tel. 12 357 76 34
faks 12 396 38 39
tel. kom. 501 61 60 25 – Jacek Siwiec
e-mail: sekretariat@ceestahc.org
NIP: 676-22-46-760

Nr konta: 97 1240 4689 1111 0000 5142 0745

CEESTAHC

30-015 Krakow, Poland
ul. Świętokrzyska 4/1
phone +48 12 357 76 34
fax +48 12 396 38 39
mobile +48 501 61 60 25 – Jacek Siwiec
e-mail: sekretariat@ceestahc.org
Tax ID number (NIP): 676-22-46-760

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

Swift code: PKOPPLPW

Główny organizator Sympozjum / Main organizer

Stowarzyszenie 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 Narodowego Funduszu Zdrowia 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 służyliśmy wszelką inną pomocą.



Central and Eastern European Society of Technology Assessment in Health Care

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 have just begun with HTA – we consult, organize training and offer other forms of support.



Współorganizator Sympozjum / Coorganizer

Akademia Leona Koźmińskiego

Akademia Leona Koźmińskiego w Warszawie jest niepubliczną uczelnią akademicką, uznawaną za najlepszą w Europie Środkowo-Wschodniej szkołę biznesu szerokiego profilu.

Jej misją jest kształcenie na studiach wyższych i rozwój na studiach podyplomowych młodego pokolenia rodzącej się polskiej klasy średniej: przedsiębiorców, menedżerów, prawników, finansistów i kadry administracyjnej.

Uczelnia jako jedyna w tej części Europy posiada najbardziej prestiżową europejską akredytację EQUIS (European Quality Improvement System), którą uzyskała w 1999 roku jako 16-ta szkoła wyższa w Europie. Stawia ją to na równorzędnym miejscu obok takich światowych liderów jak London Business School w Londynie, INSEAD w Fontainebleau czy IMD w Lozannie.

Akademia jest również uznany w kraju i na świecie ośrodkiem naukowym i jako jedyna wśród uczelni niepublicznych posiada pełnię praw akademickich.



Leon Kozminski University

Leon Kozminski University is a private academy considered the best business school in Eastern Europe, offering a wide range of subjects and programs.

Its mission is to educate, through graduate and postgraduate programs, the new generation of Polish emerging middle class: entrepreneurs, managers, lawyers, financiers and administrative personnel.

Leon Kozminski University is the only higher education institution in this part of Europe accredited by the European Quality Improvement System (EQUIS); in 1999 it became the 16th business school in Europe awarded with this prestigious accreditation. Thus University joined the ranks of world's leading academic business schools such as the London Business School, INSEAD in Fontainebleau and IMD in Lausanne.

Leon Kozminski University is also a research center, recognized both in Poland and worldwide; it is the only private higher education institution enjoying full academic rights.

Zespół organizacyjny / Committees

Local Organizing Committee

Jacek Siwiec

Przewodniczący LOC / Chairman of LOC

Anna Bagińska

Piotr Bulica

Maciej Dziadyk

Bożena Gawlak

Marcin Gąsiorowski

Urszula Gogołowicz

Radosław Jarosz

Małgorzata Karp

Anna Kordecka

Agnieszka Mossoczy

Tomasz Jan Prycel

Scientific Program Committee

Prof. Zbigniew Szawarski

Przewodniczący SPC / Chairman of SPC

Prof. Jacek Ruszkowski

Viceprzewodniczący SPC / Vice-chairman of SPC

Jakub Gierczyński

Xenia Kruszewska

Krzysztof Łanda

Robert Plisko

Przemysław Ryś

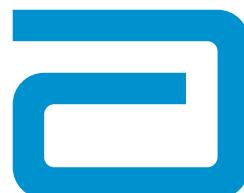
Magdalena Władysiuk

Złoci Sponsorzy / Gold Sponsors



sanofi aventis

Zdrowie przede wszystkim



Abbott

A Promise for Life

Srebrni Sponsorzy / Silver Sponsors

 **gsk**
GlaxoSmithKline

 **HTA**
consulting

 **Boehringer
Ingelheim**
125 years more health



Brązowi Sponsorzy / Bronze Sponsors



Patroni medialni / Media patrons



ZGŁOSZENIE UCZESTNICTWA

Prosimy wypełniać DRUKOWANYMI LITERAMI

Przesłać na numer faksu **12 396 38 39**

Imię i nazwisko	
Stanowisko	
Firma	
Telefon	Fax
E-mail	

Chcę wziąć udział w Sympozjum EBHC jako przedstawiciel:

instytucji publicznej firmy prywatnej / lub jako osoba prywatna

Wybieram następującą formę udziału w Sympozjum:

udział w Sympozjum i kolacja z ekspertami
 tylko udział w Sympozjum tylko kolacja z ekspertami

Proszę o wystawienie faktury VAT

W przypadku konieczności wystawienia faktury VAT prosimy o podpisanie poniższego oświadczenia o byciu płatnikiem VAT, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 12 maja 1993 (Dz. U. 39/93 poz. 176)

Firma pełna nazwa

Adres

Kod pocztowy - Miejscowość

oświadczam, że jest płatnikiem VAT i posiada NIP:

NIP

oraz upoważnia Stowarzyszenie CEESTAHC do wystawienia faktury VAT bez podpisu odbiorcy.

Nr zamówienia (jeżeli wymagany na fakturze)

Oświadczam, że zapoznałem się z warunkami uczestnictwa oraz zobowiązuję się do zapłaty całości kwot wynikających ze złożonego zamówienia.

Podpis i pieczętka

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych niezbędnych do realizacji prac nad Sympozjum EBHC zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 o ochronie danych osobowych (Dz. U. 1997 r. Nr 133 poz. 833).

Nie zgłaszałam udziału, ale proszę o przesyłanie informacji związanych z działalnością Stowarzyszenia CEESTAHC



V Międzynarodowe Sympozjum Evidence-Based Health Care „HTA & Health Insurance”

22-23 listopada 2010

Auditorium Maximum
Kraków, ul. Krupnicza 35

Warunki uczestnictwa

1. Koszt uczestnictwa jednej osoby:

Zgłoszenie	Pozycja kosztów	Cena dla	
		instytucji publicznych	firm i osób prywatnych
do 20.10.2010	udział w Sympozjum	700 zł	2400 zł
	kolacja z ekspertami	300 zł	300 zł
	Razem	1000 zł	2700 zł
do 21.11.2010	udział w Sympozjum	850 zł	2700 zł
	kolacja z ekspertami	300 zł	300 zł
	Razem	1150 zł	3000 zł
na Sympozjum	udział w Sympozjum	950 zł	3000 zł
	kolacja z ekspertami	350 zł	350 zł
	Razem	1300 zł	3350 zł

2. W cenie wliczone są:

- uczestnictwo w sesjach naukowych
- materiały szkoleniowe
- lunch

3. W celu dokonania zgłoszenia należy wypełnić wydrukowany formularz ZGŁOSZENIE UCZESTNICTWA i przesłać go pocztą bądź **faksem na numer 12 396 38 39**

Można też dokonać zgłoszenia przez stronę: www.ceestahc.org

4. Wpłaty należy dokonać do 14 dni od daty otrzymania potwierdzenia przyjęcia zgłoszenia (nie później niż 5 dni roboczych przed rozpoczęciem Sympozjum) na konto:
97 1240 4689 1111 0000 5142 0745
Tytuł wpłaty: „Sympozjum EBHC 2010”

5. W przypadku rezygnacji z udziału do 1 listopada 2010 roku koszty rezygnacji wynoszą 400 zł – po tym terminie koszty rezygnacji są równe pełnej opłacie za udział
6. Organizatorzy zastrzegają sobie prawo do zmian w programie Sympozjum

Dane kontaktowe:

CEESTAHC

The Central and Eastern European Society of Technology Assessment in Health Care

30-015 Kraków, ul. Świętokrzyska 4/1

tel. 12 357 76 34, faks 12 396 38 39

tel. kom. 501 61 60 25 Jacek Siwiec

e-mail: sekretariat@ceestahc.org

www.ceestahc.org

NIP: 676-22-46-760

APPLICATION FORM

Please fill in this form with CAPITAL LETTERS

Please fax to +48 12-396-38-39

Name and surname	
Position	
Company	
Phone	Fax
E-mail	

I would like to take part in EBHC Symposium as a representative of:
<input type="checkbox"/> a public institution <input type="checkbox"/> a private company / or as a private person
I choose (fill checkbox below):
<input type="checkbox"/> participation in the Symposium and dinner-party
<input type="checkbox"/> only participation in the Symposium <input type="checkbox"/> only dinner-party
<input type="checkbox"/> Please make out a VAT invoice
In case a VAT invoice is required, please sign the following statement of being a VAT payer according to the regulation of the Minister of Finance of May 12 th , 1193 (Dz. U. 39/93 poz. 176)
Company full name
Address
Postal code <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Locality
states hereby to be a VAT payer of Tax Id No.
Tax Id Number (NIP)
and authorizes CEESTAHC to make out a VAT invoice without the recipient's signature.
Order No. (if required for the invoice)

I declare that conditions of participation are known to me and oblige to pay all the amount required by the order.
Signature and seal
I agree for processing of my personal data as required by organization of EHBC Symposium, according to the Data Protection Act of August 29th, 1997 (Dz. U. 1997 r. Nr 133 poz. 833).

<input type="checkbox"/> I do not apply for participation, but I would like to receive information concerning activity of CEESTAHC Society
--



5th International Symposium Evidence-Based Health Care „HTA & Health Insurance”

November 22nd-23rd, 2010
Auditorium Maximum
ul. Krupnicza 35, Krakow, POLAND

Conditions of participation

1. Participation cost for one person:

Application	Position	private sector	
		public institutions	private sector
till 20.10.2010	participation in the Symp.	200 Euro	620 Euro
	dinner-party	75 Euro	75 Euro
	All	275 Euro	695 Euro
21.11.2010	participation in the Symp.	220 Euro	650 Euro
	dinner-party	75 Euro	75 Euro
	All	295 Euro	725 Euro
during Symposium	participation in the Symp.	235 Euro	725 Euro
	dinner-party	75 Euro	75 Euro
	All	310 Euro	815 Euro

2. Price includes:

- all lectures
- educational materials
- lunch

3. In order to apply, fill out the printed APPLICATION FORM and send it by mail or fax to: +48 12 396 38 39

4. The fee must be transferred within 14 days after confirmation of application acceptance has been received (not later than 5 working days before the beginning of the Symposium) to the following account:
PL 97 1240 4689 1111 0000 5142 0745
swift code: **PKOPPLPW**
title: **“EBHC Symposium 2010”**

5. In case of withdrawal from participation before November 1st, 2010 costs of withdrawal amount to 120 Euro – after that day the costs are equal to the fee

6. The Organizers reserve the right to change the Symposium program

Contact:

CEESTAHC

The Central and Eastern European Society of Technology Assessment in Health Care

30-015 Krakow, ul. Swietokrzyska 4/1

phone +48 12 357 76 34, fax +48 12 396 38 39

mobile 501 61 60 25 Jacek Siwiec

e-mail: sekretariat@ceestahc.org

www.ceestahc.org

tax id number (NIP): 676-22-46-760