18th International EBHC Symposium

October 9-10, 2023 | hybrid format

Integrating evidence for enhanced outcomes

Evidence-Based Health Care 2023 Symposium

Polski

Final programme

wersja 3 / 10 października 2023

Drodzy Przyjaciele,

w imieniu Stowarzyszenia CEESTAHC serdecznie zapraszam na 18. Międzynarodowe Sympozjum Evidence-Based Health Care pt.

Integrating evidence for enhanced outcomes

które odbędzie się w Krakowie w dniach 9-10 października 2023.

Po raz pierwszy od pandemii wracamy do tradycyjnej, stacjonarnej formuły spotkania. Zapraszamy w wyjątkowe miejsce, od 200 lat nierozerwalnie związane z historią Krakowa – na Kopiec Kościuszki. Przebieg Sympozjum będzie można śledzić na platformie streamingowej:

live.ceestahc.org

Od początku ery oceny technologii medycznych proces generowania dowodów naukowych był rozproszony, długotrwały i podzielony na etapy, realizowane niezależnie przez wiele zespołów. Początkowo projektowanie badań przywiązywało dużą wagę do optymalizacji zakresu zbieranych danych, bo zbyt duża ilość danych mogła przekroczyć możliwości i budżet ośrodka. Działania badaczy wymagały uwzględnienia kosztów (np. pracy analityków), czasu (wymagane obliczenia), ograniczeń technicznych (pojemność baz danych) oraz silosowego podejścia do procesów badawczych.

I o tym wszystkim chcemy porozmawiać na najbliższym Sympozjum EBHC.

Zapraszam

Magdalena Władysiuk

Prezes CEESTAHC

Integracja nr 1 – jednolite formatowanie formularzy

Dane na poszczególnych etapach procesu badawczego były formatowane i przetwarzane tak, aby odpowiadać wymaganiom kolejnych metod analizy i wnioskowania. Duże zasoby techniczne, finansowe i osobowe były angażowane w zbieranie, powielanie, przesyłanie i przechowywanie papierowej, a później elektronicznej dokumentacji badań. Zgromadzone z takim wysiłkiem dane były (i nadal są) ściśle strzeżone przez różne instytucje. Tworzenie i ochrona zasobów danych wrażliwych jest nie tylko ważne z perspektywy przeciętnego pacjenta, ale także z uwagi na kwestie własności intelektualnej. Tymczasem...

Integracja nr 2 – skale, oceny, wiarygodność...

Prowadzenie izolowanych badań, nawet coraz większych, jest na dłuższą metę niepraktyczne, ponieważ nie daje szansy na osiągnięcie synergii przez łączenie wyników z wielu badanych populacji. Badania wtórne stały się szansą na tworzenie trafniejszych wniosków, ale wymagały standaryzacji procesów analitycznych, w tym zwłaszcza metod syntezy danych, zarówno dla celów naukowych, tworzenia nowych technologii, jak i analizy systemów opieki zdrowotnej.

Integracja nr 2.5 – refundacja!

Kolejną rewolucją było zastosowanie dowodów naukowych do oceny zasadności refundacji technologii medycznych. Rozwój medycyny, wspierany przez przemysł farmaceutyczny (badania pierwotne i wtórne) oraz w różnym stopniu przez sektor publiczny, spowodował ogromny wzrost zasobów wiedzy, ale również trudności w implementacji w opiece zdrowotnej i poprawie jakości opieki nad pacjentem. Coraz częściej subiektywne potrzeby pacjentów były kwantyfikowane w procesach oceny technologii medycznych czy ocenach jakości, ale używane narzędzie nie dawały odpowiedzi na pytania o zaspokajanie potrzeb osób objętych opieką.

Integracja nr 3 – czynnik ludzki

Jako przeciwwaga dla tych niedoskonałości powstały nowe koncepcje, które miały uzupełnić i wesprzeć podejmowanie decyzji w oparciu o HTA oraz zarządzaniu opieką zdrowotną. Należą do nich m.in. Value-Based Health Care (VBHC), które skupia się na potrzebach pacjentów, oraz Real World Evidence (RWE). Potrzeba uczestnictwa pacjentów jako najszerszej grupy interesariuszy zaczyna się już materializować w ustawowych regulacjach dotyczących udziału pacjentów w procesach decyzyjnych (np. program Public Involvment prowadzony przez NICE). Z kolei RWE proponuje wykorzystanie masowych danych rzeczywistych już na najniższych poziomach decyzyjnych (np. przez lekarzy), bez czasochłonnej obróbki i formalnych raportów instytucji.

Pandemia COVID-19 i rozwój cyfryzacji przyspieszyły korzystanie z RWE, katalizując równocześnie proces tworzenie dowodów naukowych na ich podstawie. Lekarze walczący z pandemią na bieżąco dzielili się z całym światem wynikami swoich działań, co było pierwszym masowym użyciem RWE - jeszcze bez formalnego systemu i za pomocą improwizowanych środków (media społecznościowe, telefony, e-maile).

Wraz z postępem technologicznym, zwłaszcza dostępnością cyfryzacji i ogromnym wzrostem możliwości baz danych, współczesnym badaczom coraz łatwiej jest przetwarzać dane. Nie muszą też aż tak bardzo obawiać się nadmiaru danych. Zbieranie danych różnych rodzajów przypomina teraz zabawę klockami o różnych rodzajach połączeń. Im więcej połączeń będą miały nasze klocki, tym większe będą możliwości dołączenia ich do „budowli" (badań) innych badaczy. Jednak im klocki są większe, tym większych potrzebujemy na nie pudełek (baz danych). Za to otrzymujemy możliwość integracji dowodów naukowych pozyskiwanych z zupełnie różnych źródeł, środowisk i technik badawczych. Tworzenie nowych połączeń staje się przedmiotem regulacji międzynarodowych min. Europejskiej Współpracy Danych Zdrowotnych (EHDS).

Integracja nr 4 – tylko nowe zabawki czy już matrix?

Integracja dowodów naukowych na poziomie oceny technologii medycznych staje się coraz bardziej popularna i często inicjowana jest już na wczesnych etapach tworzenia technologii medycznych. Podejście łączące badania kliniczne z randomizacją (RCT) i dowody oparte na danych z rzeczywistego świata (RWE) może być strategiczną drogą rozwoju dla wszystkich interesariuszy systemu ochrony zdrowia. Te nowe możliwości przyniosą też nowe wyzwania, nie tylko w kontekście postępu medycyny, ale również ewolucji systemów opieki zdrowotnej.

Gwałtowny wzrost liczby gromadzonych danych może budzić obawy dotyczące możliwości ich sensownej analizy, ale właśnie odpowiedzią może być zaimplementowanie sztucznej inteligencji (AI). Być może wkrótce AI pozwoli określić kluczowe modele analizy danych i oceny efektywności, np. bez konieczności przeprowadzania badań randomizowanych (RCT). Z pewnością pomoże lepiej typować pacjentów do takich badań. Dzięki analizie RWE za pomocą AI może powstać cyfrowy model systemu opieki zdrowotnej, który ułatwi śledzenie ścieżek diagnostycznych, monitorowanie obszarów wymagających interwencji, identyfikowanie i przełamywanie barier diagnostycznych. Taki model mógłby również dostosowywać poziom produkcji do bieżących potrzeb systemu lub rekomendować liczbę miejsc na uczelniach medycznych na podstawie analizy trendów. Cyfryzacja stwarza tak ogromne możliwości, że znalezienie i wdrożenie sensownych pomysłów na ich pełne wykorzystanie zajmie jeszcze trochę czasu. Jednak już teraz pojawiają się nowe dylematy, takie jak prywatność i bezpieczeństwo danych obywateli oraz konieczność tworzenia rozwiązań, które nie generują kolejnych nierówności w zdrowiu.

Poniedziałek, 9 października 2023 9.00–17.15		
Numer i tytuł sesji, temat wykładu	Zaproszeni prelegenci * udział niepotwierdzony	

Sesja 1. Otwarcie Sympozjum Moderator: Magdalena Władysiuk	Czas trwania **9.00–10.30** 1 godz. 30 min.	
Otwarcie Sympozjum	Magdalena Władysiuk, Tomasz Jan Prycel	10 min.
Wyznaczając kurs: droga ku przyszłości HTA	Daniel Ollendorf	20 min.
Ewolucja postrzegania pojęcia wartości	Michael Schlander	20 min.
Dyskusja: Maciej Miłkowski*, Jacek Siwiec		40 min.

Przerwa	10.30–10.45 15 min.

Sesja 2. Międzynarodowy rozwój HTA Moderator: Magdalena Władysiuk	Czas trwania **10.45–12.45** 2 godz.	
Wspólna Ocena Kliniczna (JCA)	Magdalena Władysiuk	20 min.
Europejska Przestrzeń Danych Zdrowotnych (EHDS) – cyfrowa przyszłość opieki zdrowotnej?	Marta Musidłowska, Jan Zygmuntowski	25 min.
Rozwój HTA z perspektywy przemysłu	Michał Byliniak	20 min.
Współpraca w celu opracowania wiarygodnych RWE wspierających procesy podejmowania decyzji	Karen Facey	20 min.
Integracja danych i dowodów w HTA. Dokąd zmierzamy?	Clifford Goodman	20 min.
Dyskusja		15 min.

Lunch	12.45–13.45 1 godz.

Poniedziałek, 9 października 2023 9.00–17.15		
Numer i tytuł sesji, temat wykładu	Zaproszeni prelegenci * udział niepotwierdzony	

Sesja 3. Wyzwania dla samorządów – czas trudnych decyzji, czas wyborów... Moderatorzy: Tomasz Jan Prycel, Marek Wójcik	Czas trwania **13.45–16.00** 2 godz. 15 min.	
Profilaktyka chorób przewlekłych. Finansowanie zadań samorządów w ramach Funduszu Medycznego	Maciej Miłkowski*	10 min.
Przyszłość programów polityki zdrowotnej w diabetologii	Tadeusz Jędrzejczyk	10 min.
Prewencja chorób zakaźnych jako wyzwanie do 2030 roku – na przykładzie HCV	Krzysztof Tomasiewicz	10 min.
Ścieżki finansowania szczepień dla dorosłych - na przykładzie półpaśca (wykład edukacyjny firmy GSK)	Michał Seweryn	20 min.
Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla dorosłych. Grupa ryzyka: pacjenci onkologiczni	Marcin Pasiarski	10 min.
W tej sesji po każdym wystąpieniu zaplanowana jest osobna dyskusja z wykładowcami i ekspertami dziedziny, której poświęcone jest dane wystąpienie.		

Przerwa	16.00–16.15 15 min.

Sesja 4. Polska i Ukraina – wspólne wyzwania w zdrowiu Moderatorzy: Tomasz Jan Prycel, Marek Wójcik	Czas trwania **16.15–17.15** 1 godz.	
Formy opieki zdrowotnej dla uchodźców. Dane liczbowe i fakty nt. opieki zdrowotnej dla uchodźców w wybranych schorzeniach, w tym HCV i HIV	Maciej Miłkowski*	10 min.
Opieka zdrowotna w Polsce z perspektywy uchodźców z Ukrainy	Inna Ivanenko	10 min.
	Serhii Pekh	10 min.
Stowarzyszenie Zdrowych Miast Polskich w obliczu kryzysu uchodźczego	Maria Piętak-Frączek	10 min.
Dyskusja obejmująca: 1) praktyczne aspekty interakcji z uchodźcami i ich problemy z perspektywy polskiej i ukraińskiej, 2) dobre przykłady rozwiązań lokalnych, 3) kluczowe kryteria dla rozwiązań długofalowych, 4) pomysły i rekomendacje na skuteczną edukację zdrowotną i systemową. Prelegenci: Magdalena Władysiuk, Magdalena Ankiersztejn-Bartczak, Barbara Pepke, Maria Piętak-Frączek. W debacie wezmą też udział paneliści z sesji samorządowej oraz zaproszeni goście specjalni.		20 min.

Wtorek, 10 października 2023 9.00–15.45		
Numer i tytuł sesji, temat wykładu	Zaproszeni prelegenci * udział niepotwierdzony	

Sesja 5. Potrzeba innowacji w HTA Moderator: Robert Plisko	Czas trwania **9.00–11.00** 2 godz.	
Wydajne przeszukiwanie literatury dt. HTA	Justin Clark	20 min.
Ramy HTA dla technologii cyfrowych. Perspektywa australijskiego systemu ochrony zdrowia	Magdalena Ruth Moshi	20 min.
Od RWD do RWE poprzez modelowanie w ekonomice zdrowia	Mark Parker	20 min.
Niepewność w HTA	Bonny Parkinson	20 min.
Dyskusja		40 min.

Przerwa	11.00–11.15 15 min.

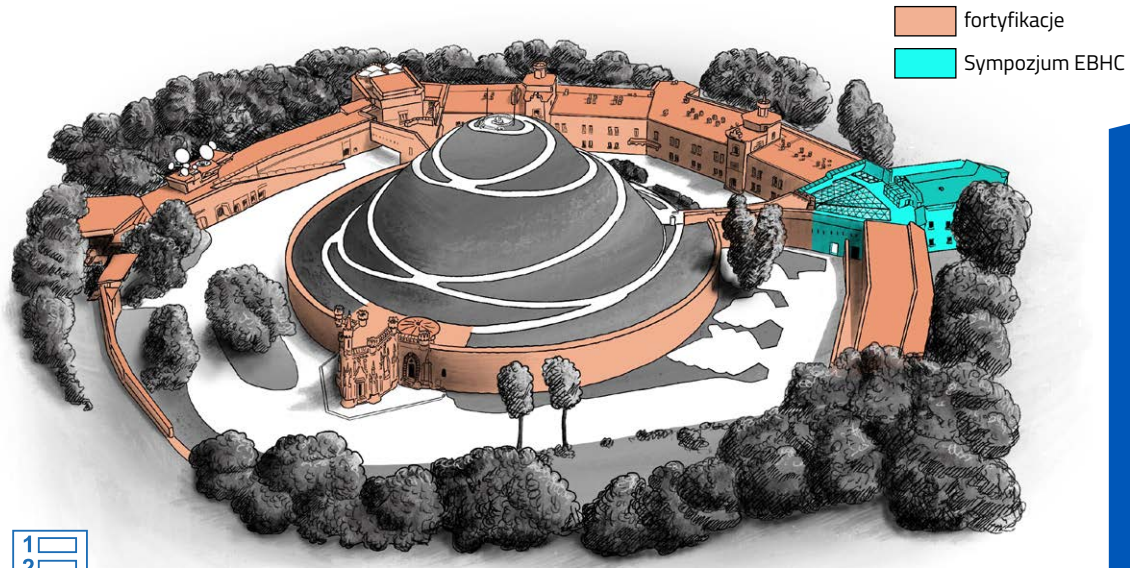
Sesja 6. Dobre praktyki dla integracji opieki Moderator: Magdalena Władysiuk	Czas trwania **11.15–12.45** 1 godz. 30 min.	
Poprawa opieki pacjentów hematologicznych – sieć hematologiczna w Polsce	Ewa Lech-Marańda	20 min.
Sieć kardiologiczna – doświadczenia 2 lat	Tomasz Hryniewiecki	20 min.
Koordynacja opieki onkologicznej – doświadczenia polskich pacjentów	Magdalena Władysiuk	20 min.
Zintegrowane HTA dla oceny złożonych technologii	Wija Oortwijn	20 min.
Dyskusja		10 min.

Lunch	12.45–13.45 1 godz.

Wtorek, 10 października 2023 9.00–15.45		
Numer i tytuł sesji, temat wykładu	Zaproszeni prelegenci * udział niepotwierdzony	

Sesja 7. Wartość opieki medycznej – perspektywa pacjenta Moderator: Maria Libura	Czas trwania **13.45–15.45** 2 godz.	
Pacjent w świecie cyfryzacji	Maria Libura	20 min.
Rola punktów końcowych pochodzących od pacjentów w ocenie efektywności opieki – na przykładzie opieki zintegrowanej	Ewa Bandurska	20 min.
Implementacja i rezultaty projektu prediabetes – perspektywa pacjenta. Jak powielić sukces?	Grażyna Cieślak	20 min.
EU Health Data Space – wtórne wykorzystanie danych z perspektywy pacjentów	Michał Chodorek	20 min.
Dyskusja końcowa i zakończenie Sympozjum		40 min.

W tym roku organizujemy Sympozjum na **Kopcu Kościuszki** – wyjątkowym miejscu, związanym od 200 lat z historią Krakowa. Sympozjum odbędzie się w przestrzeni konferencyjnej, zbudowanej na dziedzińcu fortu pod szklanym dachem. Przestrzeń cateringowa umiejscowiona będzie w zabudowaniach fortu. Miejsce organizacji naszego Sympozjum nie ma statusu muzeum i jest przeznaczona na komercyjny wynajem.



Warunki uczestnictwa

1. Warianty uczestnictwa w Sympozjum:
   - 2 dni
   - 2 dni + gala dinner
   - bezpłatny wstęp na sesję otwierającą 9 października 2023
   - bezpłatny udział online
2. **Płatny udział w Sympozjum obejmuje:**
   - osobiste uczestnictwo w sesjach naukowych
   - materiały konferencyjne
   - przerwy kawowe
   - lunch
   - wszystkie składniki udziału bezpłatnego

   Cena nie obejmuje zakwaterowania.
3. Koszt uczestnictwa jednej osoby zależny jest od zakresu udziału oraz charakteru uczestnictwa (szczegóły w Tabeli cen).
4. Warunki uzyskiwania zniżek:
   - przedstawiciele instytucji publicznych i NGO: na żądanie przedstawienie zaświadczenia
   - studenci i doktoranci: za okazaniem legitymacji studenckiej
5. Zgłoszenia udziału osobistego można dokonać na kilka sposobów:
   - system rejestracyjny na stronie **www.ceestahc.org**
   - **formularz zgłoszeniowy** (wysłać na e-mail: sekretariat@ceestahc.org
     lub na faks nr 12 396 38 39)
   - telefonicznie: tel. 12 357 76 34
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
   97 1240 4689 1111 0000 5142 0745
   Swift code: PKOPPLPW
   Tytuł wpłaty: „Sympozjum EBHC 2023" + nr faktury proforma
7. **Rezygnacja:** w przypadku rezygnacji z udziału do 30 września 2023 koszty rezygnacji wynoszą 50% opłaty za udział – po tym terminie koszty rezygnacji są równe pełnej opłacie za udział.

8. **Bezpłatny udział w Sympozjum obejmuje:**
   - udział online w sesjach naukowych
   - dostęp do materiałów konferencyjnych online
   - możliwość zadawania pytań na chacie tekstowym
   - możliwość czatowania z innymi uczestnikami
   - dostęp do nagrań sesji (również z poprzednich edycji Sympozjum)
9. Dodatkowo ze względu na szczególny walor edukacyjny **wstęp na pierwszą sesję jest bezpłatny**. Chcemy w ten sposób zachęcić do uczestnictwa tych, którzy nie mogą wziąć udziału w całym Sympozjum.
10. Zapewniamy tłumaczenie symultaniczne polskie i angielskie.
11. Zgłoszenia udziału online można dokonać za pomocą dedykowanego portalu: **live.ceestahc.org**
12. Wszelkie szczegółowe kwestie dotyczące użytkowania portalu streamingowego reguluje osobny regulamin portalu - dostępny na portalu: live.ceestahc.org.
13. Wszelkie szczegółowe kwestie dotyczące udziału online w Sympozjum EBHC reguluje osobny regulamin Sympozjum EBHC – dostępny na portalu live.ceestahc.org.
14. Organizatorzy nie ponoszą odpowiedzialności za problemy z jakością transmisji, wynikające z szybkości łącz Uczestników
15. Organizatorzy zastrzegają sobie prawo do zmian w programie Sympozjum.

Tabela cen ceny netto (VAT 23%)	Firmy i osoby prywatne	Instytucje publiczne, NGO, studenci i doktoranci
udział osobisty* (2 dni)	1 300,00 zł	324,00 zł
gala dinner**	200,00 zł	162,00 zł
bezpłatny udział online	0 zł	0 zł
bezpłatny udział osobisty* w sesji otwierającej	0 zł	0 zł

* Zgłoszenia udziału osobistego przyjmujemy do 5 października 2023.

** Nie przyjmujemy rejestracji na samą gala dinner.

*** Gala dinner jest finansowana z wpłat uczestników Sympozjum.

Program pozamerytoryczny (rozrywkowy) nie zostanie sfinansowany ze środków pochodzących od firm członkowskich Izby POLMED lub MedTech Polska.

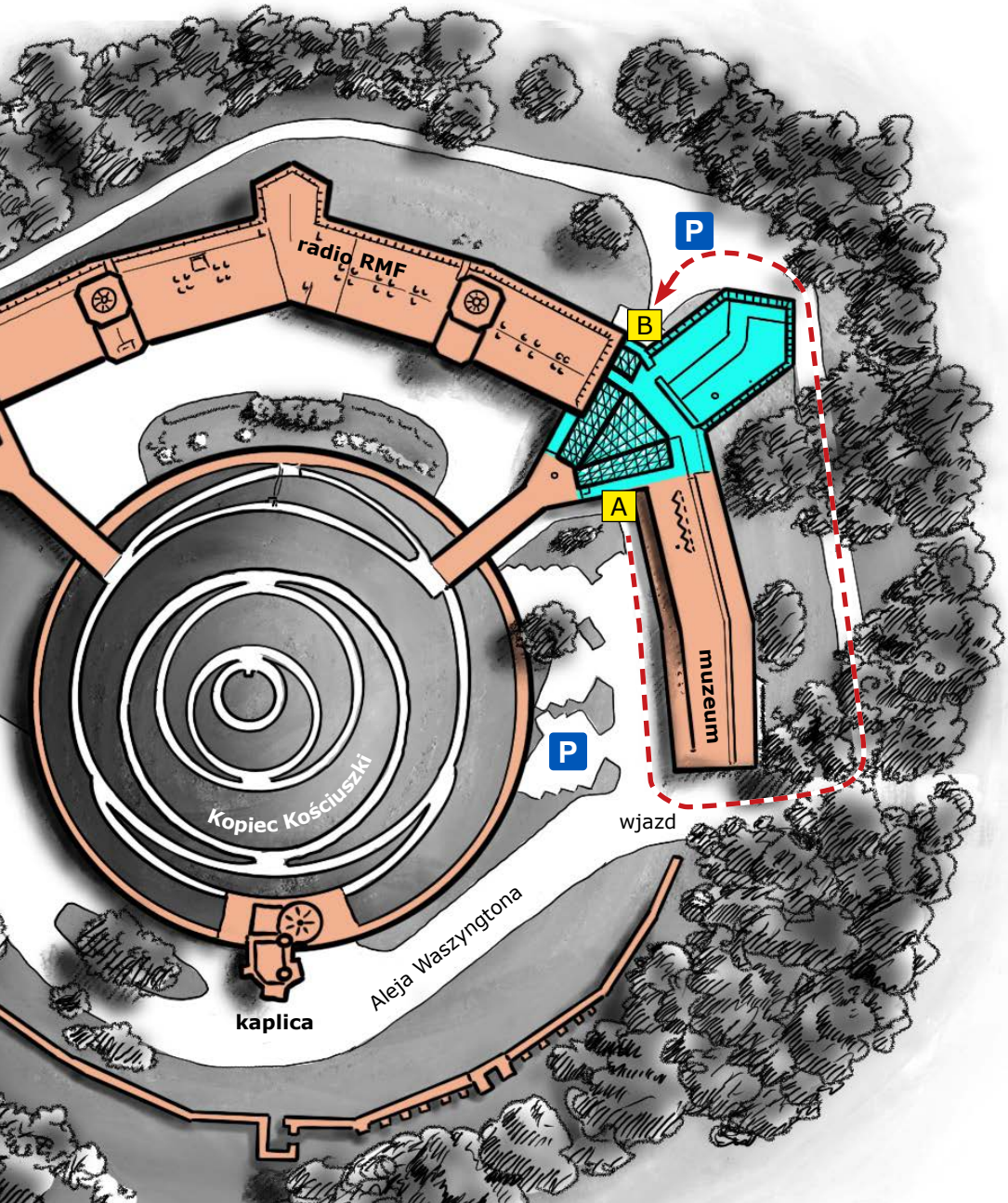
Fortyfikacje

Sympozjum EBHC

A Wejście główne – zamykane na czas sesji

B Wejście tylne – otwarte cały czas

Trasa od wejścia A do wejścia B – dookoła fortu około 200 metrów



Plan Kopca

A Wejście główne – zamykane na czas sesji

B Wejście tylne – otwarte cały czas

Trasa od wejścia A do wejścia B – dookoła fortu około 200 metrów

1. Rejestracja i biuro Sympozjum
2. Szatnia (obsługa, bloczki numerowane)
3. Widownia
4. Scena
5. Ekran LED
6. Kabiny symultaniczne
7. Reżyserka
8. Palarnia (zadaszona)
9. Palarnia na tarasie widokowym

Układ sali

Komitet Naukowy (SPC)

Daniel Ollendorf – przewodniczący

Karen Facey

Ewa Lech-Marańda

Komitet Organizacyjny (LOC)

Tomasz Jan Prycel – przewodniczący

Maciej Dziadyk

Izabela Kukla

Tanja Novakovic

Magdalena Władysiuk

Prelegenci i Komitet Naukowy (SPC)

1. Magdalena Ankiersztejn-Bartczak | Poland
2. Ewa Bandurska | Poland
3. Michał Byliniak | Polska
4. Michał Chodorek | Polska
5. Grażyna Cieślak | Polska
6. Justin Clark | Australia
7. Karen Facey | Scotland
8. Clifford Goodman | USA
9. Tomasz Hryniewiecki | Poland
10. Inna Ivanenko | Ukraine
11. Tadeusz Jędrzejczyk | Poland
12. Roman Kolek | Poland
13. Ewa Lech-Marańda | Poland
14. Maria Libura | Poland
15. Maciej Miłkowski | Poland
16. Magdalena Ruth Moshi | Australia
17. Marta Musidłowska | Poland
18. Daniel Ollendorf | USA
19. Wija Oortwijn | The Netherlands
20. Mark Parker | Serbia
21. Bonny Parkinson | Australia
22. Marcin Pasiarski | Poland
23. Serhii Pekh | Ukraine
24. Barbara Pepke | Poland
25. Maria Piętak-Frączek | Poland
26. Robert Plisko | Polska
27. Tomasz Jan Prycel | Polska
28. Michael Schlander | Germany
29. Michał Seweryn | Polska
30. Jacek Siwiec | Poland
31. Krzysztof Tomasiewicz | Poland
32. Magdalena Władysiuk | Poland
33. Marek Wójcik | Poland
34. Jan Zygmuntowski | Polska

Magdalena Ankiersztejn-Bartczak | Poland

Doktor nauk społecznych, pedagog, edukator seksualny, socjolog, certyfikowany edukator, konsultant i doradca HIV/AIDS. Prezes zarządu Fundacji Edukacji Społecznej (FES), członek HIV/AIDS, viral hepatitis and Tuberculosis Civil Society przy Komisji Europejskiej, członek Światowego (International AIDS Society) , Europejskiego (European AIDS Clinical Society) i Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS (PTnAIDS). Współautorka Polskich Rekomendacji „Zasady opieki nad osobami zakażonymi HIV", koordynator i doradca Punktów Konsultacyjno-Diagnostycznych oraz Mobilnego Serwisu Redukcji Szkód. Autorka wielu publikacji i programów edukacyjnych uhonorowana Czerwoną Kokardką.

Ewa Bandurska | Poland

Doktor nauk o zdrowiu, magister zdrowia publicznego oraz ekonomii. Autorka licznych publikacji dotyczących analiz efektywności kosztowej, opieki zintegrowanej oraz jakości życia. Posiada wieloletnie doświadczenie dydaktyczne, jest autorką unikatowego modelu kształcenia studentów kierunku Zdrowie Publiczne z zakresu farmakoekonomiki. Jest kierownikiem kierunku Zdrowie publiczne – zarządzanie w systemie zdrowia (studia I stopnia). Członek Polskiego Towarzystwa Farmakoekonomiki (aktualnie członek komisji rewizyjnej), Polskiego Towarzystwa Programów Zdrowotnych, Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego. Opiekun koła naukowego GUMed Zarządzanie i Ekonomika w Ochronie Zdrowia oraz współopiekun ISPOR Student Chapter Poland – ogólnokrajowego koła naukowego studentów zajmujących się farmakoekonomiką. Ekspert współpracujący między innymi z Narodowym Instytutem Zdrowia Publicznego – Państwowym Zakładem Higieny, Fundacją Medicover, Bankiem Światowym i innymi podmiotami.

Michał Byliniak | Polska

Michał Byliniak z rynkiem farmaceutycznym związany jest od ponad 15 lat, zdobywając bogate doświadczenie menedżerskie w zakresie dystrybucji, refundacji, badań klinicznych i rejestracji produktów leczniczych. Był wieloletnim prezesem Okręgowej Izby Aptekarskiej w Warszawie, a także prezydentem Grupy Farmaceutycznej UE. Od 2022 roku jest Dyrektorem Generalnym Związku Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA. Posiada doświadczenie w pracy w polskim systemie ochrony zdrowia w różnego rodzaju organizacjach, takich jak apteki,

hurtownie krajowe, firmy farmaceutyczne oraz firmy konsultingowe. Jest autorem licznych opracowań związanych z sektorem farmaceutycznym.

Michał Chodorek | Polska

Adwokat, specjalista w zakresie prawa Life Sciences (m.in. prawa farmaceutycznego, wyrobów medycznych) oraz prawa własności intelektualnej i ochrony danych osobowych w branżach Healthcare i Life Sciences. Doradza klientom w projektach e-Health i m-Health, prowadzenia badań klinicznych, wytwarzania i dystrybucji produktów leczniczych, rozwoju wyrobów medycznych (w tym medical device software), pozyskiwania i wykorzystywania danych medycznych – w tym dla potrzeb trenowania sieci neuronowych, wtórnego wykorzystywania danych pochodzących od uczestników badań klinicznych, rozwoju i wdrażania narzędzi AI/ML wspierających decyzje diagnostyczne i terapeutyczne. Pracuje dla wiodących międzynarodowych firm farmaceutycznych i medycznych działających w Polsce i dla wielu stowarzyszeń branżowych, w tym dla Związku Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA, stowarzyszenia 25 najbardziej innowacyjnych firm farmaceutycznych. Autor publikacji dotyczących klasyfikacji oprogramowania jako wyrobu medycznego, wykorzystywania AI w badaniach klinicznych i procesie badania i rozwoju leków, przetwarzania danych osobowych w ramach badań klinicznych, współautor międzynarodowych publikacji dotyczących Digital Healthcare i ochrony tajemnicy przedsiębiorstwa. Michał Chodorek jest członkiem Stowarzyszenia na Rzecz Dobrej Praktyki Badań Klinicznych w Polsce. Jest rekomendowany w międzynarodowym rankingu prawniczym The Legal 500 EMEA 2022 w dziedzinie Healthcare & life sciences oraz wyróżniony jako IP Star 2022 w dziedzinie znaków towarowych w rankingu dotyczącym prawa własności intelektualnej, prowadzonym przez Managing IP.

Grażyna Cieślak | Polska

Wieloletnia koordynator projektów realizowanych w obszarze zdrowia i opieki medycznej, w tym profilaktyki cukrzycy, raka jelita grubego, szyjki macicy oraz projektów infrastrukturalnych publicznych szpitali. Kierownik administracyjno – finansowy w projektów badawczo – naukowych, m. in. „Evolvable platform for programmable nanoparticle-based cancer therapies (EVO-NANO)", „In-vivo Gene Editing by NanotransducErs" (I-GENE). Wszystkie prowadzone działania projektowe cechują się poszukiwaniem wartości dla pacjentów. Pracownik Gdańskiego Ośrodka Promocji Zdrowia i Profilaktyki Uzależnień oraz współpracownik Polskiego Towarzystwa Programów Zdrowotnych w Gdańsku. Udziela wsparcia merytorycznego (jako supervisor) podmiotom leczniczym i instytucjom w przygotowaniu i wdrażaniu programów zdrowotnych . Zaangażowana w działania projakościowe i proefektywnościowe w systemie zdrowia, szczególnie w obszarze chorób cywilizacyjnych.

Justin Clark | Australia

Justin Clark jest kierownikiem ds. rozwoju badań w Institute for Evidence-Based Healthcare (IEBH). Jest także specjalistą Cochrane ds. informacji dla grupy ostrych infekcji dróg oddechowych, członkiem Information Specialists Executive organizacji Cochrane i współprzewodniczącym grupy badawczej Living Evidence Network. Jest jednym z twórców metody Two-Week Systematic Review (2weekSR), członkiem-założycielem International Collaboration for the Automation of Systematic Reviews (ICASR), a obecnie kieruje zespołem ds. automatyzacji w IEBH. Jego praca skupia się na lokalizowaniu i uzyskiwaniu informacji w celu zminimalizowania zasobów

wymaganych do przeprowadzenia przeglądu dowodów; rozwija on również narzędzia i metody automatyzacji przeglądów systematycznych.

Karen Facey | Scotland

Dr Karen Facey, pracowała jako statystyk przy tworzeniu regulacji w dziedzinie farmacji i leków, a następnie objęła funkcję dyrektora generalnego w pierwszej krajowej Agencji HTA w Szkocji. Przez ostatnie 20 lat pracowała jako międzynarodowy konsultant ds. HTA. Jej zainteresowania obejmują w szczególności zastosowanie RWD, ocenę leczenia chorób rzadkich oraz zaangażowanie pacjentów. Dr Facey jest starszym doradcą ds. HTA w FIPRA, gdzie zapewnia wsparcie sekretariatu społeczności RWE4Decisions, kierowanej przez płatników sieci edukacji.

Clifford Goodman | USA

Dr Clifford Goodman jest niezależnym konsultantem w dziedzinie technologii i polityk zdrowotnych. Uprzednio pełnił funkcję Wiceprezesa w The Lewin Group (spółka Optum oraz spółka zależna UnitedHealth Group), firmie konsultingowej ds. polityki zdrowotnej, z którą był związany przez 27 lat. Dr Goodman posiada czterdzieści lat doświadczenia w obszarach takich jak ocena technologii medycznych, opieka zdrowotna oparta na dowodach, wytyczne praktyk klinicznych, ekonomika zdrowia oraz nauki związane z innowacją, regulacjami i płatnościami w opiece zdrowotnej. Prowadził badania i projekty na międzynarodową skalę dla agencji rządowych; spółek zajmujących się farmaceutyką, biotechnologią i wyrobami medycznymi; instytucji dostawy opieki zdrowotnie; oraz zawodowych i branżowych grup interesu, a także grup interesu pacjentów.

Ostatnio jego praca obejmuje obszary takie jak choroby przewlekłe, choroby zakaźne, nowotwory, choroby rzadkie, badania diagnostyczne, terapia genowa, farmakogenomika, medycyna spersonalizowana, leki biopodobne, kontraktowanie oparte na wartościach, społeczne uwarunkowania zdrowia i stosowanie rzeczywistych danych. Dr Goodman pełnił funkcję przewodniczącego amerykańskiego komitetu Medicare Evidence Development and Coverage Advisory Committee (MEDCAC, 2009-12) dla agencji US Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). Ponadto, pełnił funkcję prezesa społeczeństwa zawodowego, Health Technology Assessment international (HTAi, 2011-13) oraz jest członkiem American Institute for Medical and Biological Engineering (AIMBE). W 2022 r. otrzymał nagrodę David Banta Distinguished Career Award w ocenie technologii medycznych od HTAi. Zdobył tytuł doktora w Wharton School of the University of Pennsylvania, tytuł magistra w dziedzinie nauk ścisłych na Instytucie Technicznym Georgii (Georgia Institute of Technology) oraz tytuł licencjata w dziedzinie nauk humanistycznych na Uniwersytecie Cornella.

Tomasz Hryniewiecki | Poland

Kardiolog, specjalista chorób wewnętrznych. Pełnomocnik Ministra Zdrowia do spraw Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia na lata 2022-2032. Konsultant Krajowy w dziedzinie kardiologii. Zawodowo i naukowo prof. Hryniewiecki związany jest z Narodowym Instytutem Kardiologii Stefana kardynała Wyszyńskiego – Państwowym Instytutem Badawczym, gdzie od 12 lat jest kierownikiem Kliniki Wad Zastawkowych Serca. Dyrektor Instytutu w latach 2015-2022, który przekształcił w Państwowy Instytut Badawczy o najwyższej kategorii naukowej A+ i rozpoczął jego gruntowną modernizację. W 2020 roku prof. Hryniewiecki rozpoczął prace przygotowujące Narodowy Program Chorób Układu Krążenia na lata 2022-2032.

Równolegle rozpoczął prace nad programem kompleksowej i skoordynowanej opieki kardiologicznej „Krajowa Sieć Kardiologiczna", który ma ułatwić drogę pacjenta od podstawowej opieki zdrowotnej do rozpoznania i nowoczesnego leczenia w odpowiednich ośrodkach specjalistycznych. Jest autorem licznych prac naukowych, podręczników i redaktorem naczelnym pism oraz kierownikiem naukowym kongresów. Członek Polskiego i Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (Fellow).

Inna Ivanenko | Ukraine

Dyrektor wykonawczy Fundacji Charytatywnej „Pacjenci Ukrainy". Ukończyła Szkołę Pracy Socjalnej Uniwersytetu Narodowego Akademii Kijowsko-Mohylańskiej w 2007 roku i od tego czasu jej kariera rozwija się w sferze społecznej i humanitarnej. Od roku 2007 do 2012 Inna pracowała na Wydziale Polityki i Rzecznictwa Ogólnoukraińskiej Sieci Osób Żyjących z HIV, walcząc o dostęp do leczenia ARV dla wszystkich, którzy tego potrzebowali. W 2012 roku Inna Ivanenko została jednym z założycieli charytatywnej fundacji dla pacjentów „Pacjenci Ukrainy" a w 2018 r. została wybrana na jej dyrektora wykonawczego. Fundacja charytatywna „Pacjenci Ukrainy" to wyjątkowa organizacja zrzeszająca 50 członków, którzy są liderami organizacji dla pacjentów z 23 obszarów chorobowych. Organizacja jest zdecydowanie opowiada się za lepszym dostępem do leczenia, reformy antykorupcyjnej w zakresie zamówień medycznych i ogólnej reformy opieki zdrowotnej na Ukrainie, reprezentując interesy ponad 1,5 miliona pacjentów zmagających się z ciężkimi chorobami. Podczas pełnowymiarowej wojny na Ukrainie fundacja „Pacjenci Ukrainy" znajduje się w gronie liderów pomagających pacjentom z Ukrainy oraz systemowi opieki zdrowotnej przezwyciężyć konsekwencje rosyjskiej inwazji.

Tadeusz Jędrzejczyk | Poland

Absolwent Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Gdańsku (obecnie Gdański Uniwersytet Medyczny). Specjalista Zdrowia Publicznego. Uzyskał stopień doktora nauk medycznych i pełni stanowisko adiunkta w Zakładzie Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej. Autor kilkudziesięciu prac z zakresu zdrowia publicznego, w tym w szczególności z zakresu zarządzania i organizacji opieki zdrowotnej, aspektów ekonomicznych i epidemiologii. Radny Miasta Gdańska (1994-1998) i przewodniczący Miejskiej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (1997-2001). Zastępca Dyrektora ds. lecznictwa Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku (2010-2014) dyrektora Zastępca dyrektora a następnie dyrektor Pomorskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia (2008-2009 i następnie 2013/14); w od czerwca 2014 do marca 2016 roku pełnił funkcje Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Obecnie pełni funkcję Dyrektora Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Pomorskiego.

Roman Kolek | Poland

Polski samorządowiec, lekarz i działacz mniejszości niemieckiej, w latach 2010-2020 Wicemarszałek województwa opolskiego. W latach 1999–2002 pozostawał dyrektorem Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego. W 2002 przeszedł na stanowisko wicedyrektora Opolskiej Regionalnej Kasy Chorych ds. medycznych, następnie objął analogiczne stanowisko w opolskim oddziale Narodowego Funduszu Zdrowia.

Działał także społecznie, biorąc udział w konsultacjach dotyczących zmian w polityce zdrowotnej państwa i w programie racjonalizacji antybiotykoterapii. Zaangażował się politycznie w działania mniejszości niemieckiej w ramach Towarzystwa Społeczno-Kulturalnego Niemców na Śląsku Opolskim. W 2017 wraz innymi działaczami MN współtworzył partię „Regionalna. Mniejszość z Większością", w 2018 został zastępcą jej przewodniczącego. Prowadził zajęcia na kursach dla lekarzy, a także w ramach Studium Farmakoekonomiki, Marketingu i Prawa Farmaceutycznego na Politechnice Warszawskiej. Opublikował prace naukowe z zakresu zdrowia publicznego i finansów służby zdrowia, a także analizy kosztów wydatków świadczeń zdrowotnych udzielanych na rzecz ubezpieczonych oraz wykłady dla lekarzy w ramach szkoleń i kursów z zakresu zdrowia publicznego oraz ubezpieczeń zdrowotnych. Współorganizował wiele konferencji z zakresu polityki zdrowotnej i finansowania świadczeń zdrowotnych w tym Brytyjsko-Polskiego Forum Ochrony Zdrowia, Polsko-Ukraińskiego Forum Ochrony Zdrowia, Polsko-Niemieckiego Forum Zdrowia. Jest autorem lub współautorem wielu publikacji z zakresu zdrowia publicznego i finansowania świadczeń zdrowotnych. W roku 2020, w czasie pandemii, zrezygnował z pełnienia funcji Wicemarszałka Województwa Opolskiego, powrócił do wykonywania zawodu lekarza anestezjologa, obecnie jest Zastępcą Dyrektora Szpitala Wojewódzkiego ds lecznictwa, pełni funkcję Pełnomocnika ds Jakości.

Ewa Lech-Marańda | Poland

Konsultant krajowy w dziedzinie hematologii. Wiceprezes Polskiej Grupy ds. Białaczek u Dorosłych (Polish Adult Leukemia Group). Członek Polskiej Grupy Badawczej Chłoniaków (Polish Lymphoma Research Group). Prof. Ewa Lech-Marańda posiada specjalizacje z chorób wewnętrznych, hematologii, transplantologii klinicznej i immunologii klinicznej.

Jest autorką ponad 130 prac oryginalnych, poglądowych i rozdziałów do podręczników. W latach 1995-2010 była asystentem i adiunktem w Klinice Hematologii Akademii Medycznej w Łodzi. Od 2010 roku rozpoczęła pracę w Instytucie Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie na stanowisku zastępcy kierownika Kliniki Hematologii. W latach 2015-2017 pełniła funkcję zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa w Instytucie, a w 2017 roku została powołana przez Ministra Zdrowia na stanowisko Dyrektora Instytutu Hematologii i Transfuzjologii. Od 2013 roku jest również kierownikiem Kliniki Hematologii i Transfuzjologii Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie oraz konsultantem wojewódzkim w dziedzinie hematologii dla województwa mazowieckiego, a od 2018 roku konsultantem krajowym w dziedzinie hematologii.

Maria Libura | Poland

Kierownik Zakładu Dydaktyki i Symulacji Medycznej Collegium Medicum Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie. Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Komunikacji Medycznej ekspert Centrum Analiz Klubu Jagiellońskiego ds. zdrowia. Prezes Polskiego Stowarzyszenia Pomocy Osobom z zespołem Pradera-Willego. Członek Rady Ekspertów przy Rzeczniku Praw Pacjenta.

Maciej Miłkowski | Poland

Menedżer, ukończył Szkołę Główną Handlową, a także studia MBA w Wyższej Szkole Przedsiębiorczości i Zarządzania im. Leona Koźmińskiego w Warszawie – Zarządzanie i Ekonomika Technologii Medycznych. Rozpoczynał pracę w bankowości inwestycyjnej w Polskim Banku Inwestycyjnym.

Od początku, tj. od kwietnia 1998 r., współorganizował Mazowiecką Regionalną Kasę Chorych i został jej pierwszym członkiem zarządu ds. ekonomiczno-administracyjnych oraz dyrektorem finansowym. Od 2002 r. przez trzy lata prowadził NZOZ Europejskiej Kliniki Rehabilitacji VICTORIA. W latach 2005-2007 pracował w Instytucie Matki i Dziecka jako pełnomocnik dyrektora ds. finansowo-księgowych oraz zastępca dyrektora ds. ekonomicznych. Od czerwca 2007 r. do stycznia 2016 r.był zastępcą dyrektora ds. ekonomicznych Instytutu Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Warszawie. W dniu 15 stycznia 2016 r. został powołany na stanowisko Wiceprezesa Narodowego Funduszu Zdrowia ds. Finansowych. Od 2018 roku Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia.

Magdalena Ruth Moshi | Australia

Dr Magdalena Ruth Moshi jest starszym specjalistą ds. badań (SRO) w Królewskim Australoazjatyckim Kolegium Chirurgów (RACS). Obecnie zajmuje się przeprowadzaniem ocen technologii medycznych w ramach zespołu Australian Safety and Efficacy Register of New Interventional Procedures-Surgical (ASERNIP-S). Zainteresowania badawcze Dr Moshi obejmują opracowywanie metodologii oceny technologii medycznych, które mogą sprostać wyjątkowym wyzwaniom związanym z innowacyjnym oprogramowaniem lub kontekstem opieki zdrowotnej. Jest recenzentką artykułów na ten temat dla czasopisma medycznego International Journal of Technology Assessment in Health Care.

Marta Musidłowska | Poland

Marta Musidłowska, absolwentka Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Warszawskiego, specjalizuje się w prawie Unii Europejskiej w zakresie polityki cyfrowej. Specjalistka ds. analizy polskich, unijnych i amerykańskich regulacji związanych z nowymi technologiami, przede wszystkim data governance w różnych sektorach (głównie opieki zdrowotnej). Doświadczenie praktyczne zdobywała w polskich i międzynarodowych kancelariach prawnych, a także przy tworzeniu polityk w ramach inicjatyw Organizacji Narodów Zjednoczonych i polskiej administracji publicznej. Pod koniec lipca zakończyła staż w Dyrekcji Generalnej ds. Zdrowia w Komisji Europejskiej, gdzie wspierała prace nad Europejską przestrzenią danych dotyczących zdrowia.

Obecnie pracuje jako badacz prawa w Centrum Prawa Informatycznego i Prawa Własności Intelektualnej w KU Leuven, gdzie pracuje nad projektem Centrum Wsparcia Przestrzeni Danych. Zajmuje się również dziennikarstwem, publikując teksty na temat nowych technologii, a także polityki cyfrowej i energetycznej w regionie Europy Środkowo-Wschodniej.

Daniel Ollendorf | USA

Dan Ollendorf jest dyrektorem działu ds. pomiaru wartości i globalnych inicjatyw zdrowotnych w Center for the Evaluation of Value and Risk in Health (CEVR, Centrum Oceny Wartości i Oceny Ryzyka. Jego badania obejmują szersze wykorzystanie oceny technologii medycznej w gospodarkach o niskich i średnich dochodach oraz doskonalenie narzędzi oceny wartości w USA.

Przed dołączeniem do CEVRu dr Ollendorf przez 10 lat sprawował urząd dyrektora ds. naukowych w Institute for Clinical and Economic Review (ICER, Instytut Badań Klinicznych i Ekonomicznych). Był odpowiedzialny za nadzór naukowy nad klinicznymi i ekonomicznymi aspektami oceny technologii medycznych. Dr Ollendorf uzyskał tytuł doktora epidemiologii klinicznej na Uniwersytecie Amsterdamskim i tytuł magistra zdrowia publicznego na Uniwersytecie Bostońskim. Obecnie jest przewodniczącym Health Technology Assessment International (HTAi) Global Policy Forum oraz gościnnym członkiem Centrum Globalnego Rozwoju, a w latach 2015–2019 należał do amerykańskiego komitetu Medicare Evidence Development and Coverage Advisory Committee (MEDCAC). Dr Ollendorf jest autorem ponad 100 artykułów w recenzowanych czasopismach oraz współautorem książki The Right Price: A Value-Based Prescription for Drug Costs (wyd. Oxford Univeristy Press).

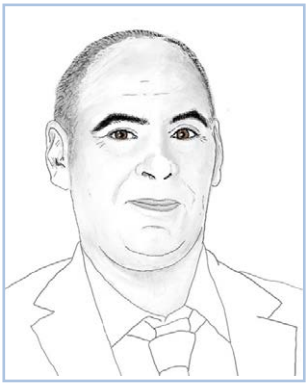
Wija Oortwijn | The Netherlands

Wija Oortwijn jest starszym badaczem/wykładowcą na Wydziale Dowodów Zdrowotnych w Centrum Medycznym Uniwersytetu Radboud w Nijmegen (Holandia). Studiowała nauki o zdrowiu i uzyskała tytuł doktora nauk medycznych (ustalanie priorytetów w ocenie technologii medycznych). Ma ponad 30-letnie doświadczenie zawodowe w HTA i analizie polityki zdrowotnej na całym świecie, a jej głównym zainteresowaniem jest ustalanie priorytetów, zintegrowane HTA i budowanie potencjału. Od 1992 roku jest szczególnie zaangażowana w rozwój HTA i wzmacnianie systemów opieki zdrowotnej na całym świecie. Obejmuje to liczne projekty, konsultacje i budowanie potencjału w większości krajów Unii Europejskiej, a także w Abu Zabi, Brazylii, Kanadzie, Chinach, Kazachstanie, Mołdawii, RPA, Ukrainie i wielu innych państwach.

Wija jest współautorką 10 rozdziałów książki dotyczących różnych aspektów HTA, redaktorką kilku numerów czasopism i autorką ponad 70 innych publikacji naukowych. Jest głównym redaktorem the VALIDATE handbook: an approach on the integration of values in doing assessments of health technologies, 2022; dostępnej na: https://validatehta.eu/. Jest także główną autorką wytycznych dotyczących instytucjonalizacji HTA poprzez wykorzystanie procesów deliberacyjnych opartych na dowodach, 2021; dostępność: https://www.radboudumc.nl/global-health-priorities. Wytyczne te są stosowane w kilku krajach na całym świecie, w tym w Abu Zabi, Ghanie, Iranie, Indonezji, Kazachstanie, Kirgistanie, Libanie, Liberii, Mołdawii, Pakistanie, Rwandzie, Tanzanii i na Ukrainie. Jest członkiem-założycielem Holenderskiego Towarzystwa HTA (NVTAG) i Międzynarodowego Towarzystwa HTA (HTAi). W latach 2011-2017 była współprzewodniczącą grupy zainteresowań HTAi/INAHTA ds. etyki, a w latach 2016-2019 pełniła funkcję sekretarza naukowego Global Policy Forum HTAi.

Obecnie Wija Oortwijn jest członkiem zarządu HTAi w charakterze byłego Prezesa, jest współprzewodniczącą grupy roboczej HTAi-DIA ds. niepewności na interfejsie regulacyjnym HTA i jest współredaktorem International Journal of Technology Assessment in Health Care. Jest również członkiem Rady Doradczej słowackiej agencji HTA (NIHO) oraz grupy roboczej HTAi--ISPOR-HTAsiaLink ds. wytycznych HTA.

Mark Parker | Serbia



Mark Parker jest dyrektorem w spółce ZEM Solutions mającym ponad 20-letnie doświadczenie w międzynarodowych projektach dotyczących ekonomiki zdrowia i oceny technologii medycznych. Ponadto specjalizuje się w modelowaniu ekonomiki zdrowia (Uniwersytet w Liverpoolu, Uniwersytet w Yorku (Wielka Brytania) consultingiem w obszarze ekonomiki zdrowia.

Główne obszary działalności Marka obejmują opracowywanie ścieżek opieki, modeli ekonomicznych oraz ich podstaw dowodowych mających zastosowanie w dokumentów GVD (global value dossier), międzynarodowych zgłoszeniach dot. oceny technologii medycznych oraz krajowych projektach takich jak opracowanie jednorodnych grup pacjentów, rejestrów pacjentów oraz ich analiza. Poza tym specjalizuje się w wyzwaniach regionu Europy Środkowo-Wschodniej oraz rozwoju opieki zdrowotnej. Mark Parker ma doświadczenie w szerokim zakresie obszarów chorób oraz modelowaniu populacji, współpracuje z przemysłem, organizacjami pozarządowymi oraz instytucjami rządowymi w celu zapewnienia mocnego zaplecza edukacyjnego w zakresie ekonomiki, rozwoju oprogramowania, systemów oraz obliczeń rozproszonych, sztucznej inteligencji (dyplom z wyróżnieniem, Licencjat Ekonomiki i Nauk Informatycznych, Uniwersytet w Liverpoolu).

Bonny Parkinson | Australia

Profesor nadzwyczajna uczelni Bonny Parkinson pracuje jako tymczasowa zastępczyni dyrektora oraz ekonomistka zdrowia w Ośrodku Ekonomii Zdrowia Uniwersytetu Macquarie (2022). Wcześniej współpracowała także z Politechniką w Sydney, AstraZeneką w Wielkiej Brytanii, Access Economics i Australijskim Uniwersytetem Narodowym. Obecnie współprzewodniczy grupie naukowców oceniających zgłoszenia do Komisji doradczej ds. świadczeń farmaceutycznych (PBAC) i badających metodologię ewaluacji ekonomicznych. Od 2009 roku była zaangażowana w ponad 50 ocen zgłoszeń do PBAC oraz prowadziła oceny zgłoszeń do Komisji doradczej ds. usług medycznych (MSAC). Otrzymała dotychczas finansowanie badań o wartości ponad 22 milionów dolarów w ramach 16 grantów oraz opublikowała 38 recenzowanych artykułów w czasopismach naukowych. Zasiada w zespole redakcyjnym „Pharmacoeconomics” oraz jest zastępczynią redaktora „Oxford Open Economics”.

Marcin Pasiarski | Poland

Specjalista chorób wewnętrznych, hematologii i immunologii. Profesor i wykładowca Wydziału Lekarskiego i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach. Od 2015 roku pełni funkcję konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie hematologii. Absolwent Uniwersytetu Medycznego w Lublinie (tam również uzyskał w 2009 roku stopień doktora nauk medycznych). Od 2001 roku pracuje w Świętokrzyskim Centrum Onkologii w Kielcach. Od 2011 roku kierował oddziałem hematologii, a od 2014 roku Kliniką Hematologii i Transplantacji Szpiku w Świętokrzyskim Centrum Onkologii.

Pod kierunkiem profesora Pasiarskiego prowadzone były badania naukowe nad oceną efektywności szczepień przeciwko streptococcus pneumoniae (dwoinka zapalenia płuc) u chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową i gammapatię monoklonalną o nieustalonym znaczeniu. W oparciu o swoje badania opracował on pierwszy w Polsce i Europie program szczepień przeciwko pneumokokom dla chorych onkologicznie, chroniący ich przed pneumokokowym zapaleniem płuc i sepsą.

Serhii Pekh | Ukraine

Serhii Pekh to wyjątkowy influencer, którego działania w mediach społecznościowych przynoszą znaczący wpływ na społeczeństwo. Jego głównym celem jest nagłaśnianie zasad legalnego przebywania na terytorium Polski oraz procedur wjazdu do Polski, nie tylko dla obywateli Ukrainy, ale także dla innych narodowości. Jako osoba z zaangażowaniem społecznym, Serhii jest współzałożycielem fundacji Wellcome EU,

której celem jest pomaganie uchodźcom z różnych krajów w trudnych chwilach. Serhii Pekh to nie tylko influencer, ale również filantrop. Jego zaangażowanie w pomoc uchodźcom różnych narodowości pokazuje, że zawsze stawia sprawy humanitarne na pierwszym miejscu. Ponadto, jako inwestor, zdaje sobie sprawę z roli, jaką może odegrać biznes w tworzeniu pozytywnych zmian społecznych. Jego wszechstronność i wiedza psychologiczna pomagają mu zrozumieć, jak działają media społecznościowe i jak najlepiej przekazywać swoje przekazy społeczne. Serhii Pekh to jednostka, która inspiruje i motywuje innych do działania na rzecz dobra wspólnego oraz rozumienia potrzeb uchodźców i migrantów na terytorium Polski, niezależnie od ich pochodzenia.

Barbara Pepke | Poland

Prezes Fundacji Gwiazda Nadziei. Lider Koalicji Hepatologicznej. Działaczka na rzecz pacjentów cierpiących na choroby wątroby. Była pacjentka wyleczona z WZW C. Od ponad 15 lat współzałożycielka i prezes Fundacji Gwiazda Nadziei. Zawodowo od ponad 25 lat związana jest z samorządem terytorialnym, aktualnie z samorządem województwa. Radna Powiatu Mikołowskiego V Kadencji, aktualnie Przewodnicząca Rady Powiatu Mikołowskiego VI Kadencji. Inicjatorka licznych akcji społecznych, szkoleń oraz programów edukacyjnych z zakresu profilaktyki chorób wątroby oraz chorób nowotworowych. Współtwórca licznych kampanii edukacyjnych skierowanych do młodzieży, nauczycieli, mieszkańców, lekarzy a w ostatnim czasie również do uchodźców z Ukrainy. Pomysłodawczyni, współautor oraz koordynator wydawanych przez Fundację Gwiazda Nadziei publikacji wykorzystywanych w kampaniach promujących akcje bezpłatnych badań oraz edukujących lekarzy rodzinnych i nauczycieli z zakresu aktualnej wiedzy o zakażeniach wirusami hepatotropowymi. W życiu wyznaje dewizę, że zdrowie i życie ludzkie są wartością nadrzędną.

Maria Piętak-Frączek | Poland

Pracuje w Urzędzie Miasta Krakowa od 20 lat od 1999 r. Ukończyła studia wyższe w Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego na Wydziale Ochrony Zdrowia, Instytut Pielęgniarstwa, w roku 1997 studia podyplomowe w zakresie promocji zdrowia w Instytucie Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Jagiellońskiego, w 2012 roku studia podyplomowe o kierunku „Gospodarka i administracja publiczna" w ramach Małopolskiej Szkoły Administracji Publicznej Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie oraz w roku 2019 studia podyplomowe o kierunku „ HTA i EBM w zarządzaniu w ochronie zdrowia" w ramach projektu „Rozwój kompetencji kadry administracyjnej i zarządzającej dla poprawy jakości w ochronie zdrowia" organizowanego przez Uniwersytet Jagielloński, Wydział Nauk o Zdrowiu. Od początku swojej pracy zajmuje się opracowaniem założeń Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków", organizacją konferencji, szkoleń i imprez plenerowych o charakterze zdrowotnym w tym „Krakowskich Dni Zdrowia". Współpracuje z licznymi regionalnymi i krajowymi instytucjami działającymi w ochronie zdrowia. Jednocześnie jest przedstawicielem Gminy Miejskiej Kraków w Stowarzyszenia Zdrowych Miast Polskich i Prezesem Zarządu Stowarzyszenia. W ramach tej działalności jest m.in. współorganizatorem spotkań dla miast członkowskich w zakresie istotnych problemów ochrony zdrowia i profilaktyki zdrowotnej. Menedżer ochrony zdrowia – ukończone w roku 2022 studia podyplomowe: Zarządzanie ochroną zdrowia.

Robert Plisko | Polska

Prezes HTA Consulting od 2006 roku, jeden z założycieli firmy. Magister ekonomii (Akademia Ekonomiczna w Krakowie). Pracę rozpoczynał w Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Autor wielu publikacji z zakresu HTA i ochrony zdrowia. Kieruje Działem Analiz Ekonomicznych firmy HTA Consulting.

Tomasz Jan Prycel | Polska

Dyrektor Zarządzający CEESTAHC. Absolwent Wydziału Lekarskiego Łódzkiego Uniwersytetu Medycznego i Podyplomowego Studium Zarządzania w Ochronie Zdrowia w Instytucie Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera. Ekspert w obszarze współpracy i tworzenia projektów zdrowotnych z jednostkami samorządu terytorialnego, z wieloletnim doświadczeniem w tworzeniu platform edukacyjnych wspomagających proces tworzenia wysokiej jakości programów zdrowotnych w istotnych obszarach zdrowia publicznego. Prezes Europejskiej Fundacji Rozwiązywania Problemów Zdrowotnych. Współtwórca projektu edukacyjnego „ZdrowieCzłowiekProfilaktyka" adresowanego do środowisk samorządowych oraz pracodawców. Inicjator portalu ww.dobreprogramyzdrowotne.pl zawierającego Kreator Programów Zdrowotnych oraz materiały edukacyjne dla twórców programów polityki zdrowotnej.

Michael Schlander | Germany

Michael Schlander jest profesorem ekonomiki zdrowia (na AWI – Instytucie Ekonomii Alfreda Webera i na Wydziale Medycznym w Mannheim) na Uniwersytecie w Heidelbergu, gdzie obecnie przebywa na urlopie, by pełnić funkcję kierownika Wydziału Ekonomiki Zdrowia w Niemieckim Centrum Badań nad Rakiem (Deutsches Krebsforschungszentrum, DKFZ) w Heidelbergu w Niemczech (od 2017 r.). Jest prezesem-założycielem organizacji non-for-profit „Instytut Innowacji i Wyceny w Opiece Zdrowotnej" (Institute for Innovation & Valuation in Health Care, InnoValHC e.V.) w Wiesbaden w Niemczech (od 2005 r.) i pełni funkcję doradcy naukowego w tamtejszym oddziale ds. doradztwa i zarządzania, Inno-Val-HC-Forschungsgesellschaft mbH (InnoValHC Research Inc., również od 2005 r.). Jest członkiem licznych stowarzyszeń naukowych, w tym Stowarzyszenia ds. Informacji o Lekach (Drug Information Association, DIA), Międzynarodowego Stowarzyszenia Ekonomiki Zdrowia (International Health Economics Association, iHEA) oraz Międzynarodowego Towarzystwa Farmakoekonomiki i Badań Wyników (International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research, ISPOR); w 2008 r. był współzałożycielem Niemieckiego Towarzystwa Ekonomiki Zdrowia (Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie, DGGÖ). Ponadto Michael Schlander pełnił funkcję przewodniczącego programu naukowego 15. dorocznego Europejskiego Kongresu ISPOR w 2012 r., w którym uczestniczyło ponad 3500 osób. Po sześciu latach spędzonych na eksperymentalnych badaniach mózgu i neurologii klinicznej (na uniwersytetach we Frankfurcie nad Menem i Moguncji), w 1987 roku dołączył do międzynarodowego przemysłu biofarmaceutycznego , gdzie spędził 15 lat na stanowiskach kierowniczych w zakresie rozwoju klinicznego (1987-1993), marketingu (1993-1999) i zarządzania ogólnego (1999-2002) w Belgii, Niemczech, Szwajcarii i Stanach Zjednoczonych.

Jego publikacje naukowe obejmują dwie monografie: „Wkład ekonomiki zdrowia w zorientowane rynkowo badania i rozwój farmaceutyczny" (The Contribution of Health Economics to Market-Oriented Pharmaceutical Research and Development) (Wydawnictwo Witten/Herdecke University Press; Witten, Niemcy: 1998) oraz „Oceny technologii medycznych przez Narodowy Instytut Zdrowia i Doskonałości Klinicznej (NICE)" w Anglii i Walii. (Health Technology Assessments by the National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)) (Springer; Nowy Jork, NY: 2007).

Michał Seweryn | Polska

Prezes EconMed Europe, absolwent CMUJ, specjalista zdrowia publicznego i epidemiologii, doktor ekonomii w obszarze ekonomiki zdrowia. Specjalizuje się w ekonomice zdrowia, HTA i gospodarce lekami. Ekspert Komisji Europejskiej (oceniający granty w programie HORIZON), wieloletni wykładowca HTA i ekonomiki zdrowia – adiunkt w Collegium Medicum UJ (2009-2016). W przeszłości pełnił funkcje Małopolskiego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego oraz Naczelnika Wydziału Gospodarki Lekami Małopolskiego OW NFZ. Autor publikacji naukowych i opracowań specjalistycznych z obszaru ekonomiki zdrowia i epidemiologii.

Jacek Siwiec | Polska

Socjolog – ekspert z zakresu HTA – posiada ponad 20-letnie doświadczenie zawodowe w instytucjach publicznych i prywatnych związanych z oceną technologii medycznych (HTA/EBM), kompleksowym zarządzaniem jakością (TQM), wskaźnikami klinicznymi, pomiarem jakości życia, ubezpieczeniami zdrowotnymi oraz badaniami klinicznymi.

Jacek Siwiec pełnił funkcje zarządcze w Stowarzyszeniu CEESTAHC, Fundacjach WHC oraz Medicea, ośrodkach badań klinicznych oraz kilkunastu firmach zajmujących się szeroko definiowaną jakością, ubezpieczeniami dodatkowymi, HTA. Obecnie pełni funkcję dyrektora w Zespole Zamiejscowym AOTMiT w Krakowie. Był pomysłodawcą i organizatorem, Międzynarodowego Sympozjum EBHC (2006-11) Stowarzyszenia CEESTAHC oraz cyklu konferencji pt. „Innowacje w medycynie" Fundacji WHC. Kierownik, organizator, trener szkoleń, kilkuset programów szkoleniowych z zakresu EBM/EBHC/HTA/GCP, wykładowca akademicki – m.in. studia podyplomowe z zakresu HTA w IZP UJCM (PRO-QUO HEALTH, HB-HTA). Pełnił funkcje doradcze m.in. jako członek Zespołu Ministra Zdrowia ds. Translacji Map Potrzeb Zdrowotnych, ekspert Rady do spraw Taryfikacji AOTMiT, koordynator HTA w projekcie „Pointer". Członek zespołów oraz współautor narzędzia Ministra Zdrowia „IOWISZ". Współautor opracowań HTA i konsultacji eksperckich dla ministerstw zdrowia: Serbii (z ramienia World Bank), Ukrainy. Współpracował z międzynarodowymi instytucjami, takimi jak WHO (HEN), EUnetHTA, HTAi, Bank Światowy czy DG SANCO – członek zespołu Expert Group on Health Systems Performance Assessment (HSPA) oraz polskimi i zagranicznymi uniwersytetami. Obecnie partycypuje w kilkunastu zespołach zadaniowych i konsultingowych, m.in. Wojewódzkich Zespołach ds. Map Potrzeb Zdrowotnych, czy pracach Zespołu Roboczego ds. Centrów 75 + Prezydenta RP, czy pracach Komitetu Sterującego ds. Koordynacji Interwencji EFSI w sektorze zdrowia. Od 2023 członek-ekspert, reprezentant Polski ds. metodologii HTA zespołu UE – Coordination Group on Health Technology Assessment (CG-HTA), zajmującego się uwspólnianiem aktywności HTA w UE.

Krzysztof Tomasiewicz | Poland

Kierownik Katedry i Kliniki Chorób Zakaźnych i Hepatologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. Wieloletni członek zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Hepatologicznego (PTH), wiceprezes Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych (PTEiLChZ). Członek założyciel CEHC. Kierownik licznych projektów badawczych krajowych i międzynarodowych. Badacz główny w ponad 20 badaniach klinicznych z zakresu chorób infekcyjnych i hepatologii. Przewodniczący Polskiej Grupy Ekspertów NAFLD/NASH, Przewodniczący Polskiej Grupy Ekspertów HCV, Członek Polskiej Grupy Ekspertów HBV, Członek Grupy Ekspertów ds. Zwalczania Zakażeń Związanych z Opieką Zdrowotną. Były członek Rady Medycznej ds. COVID-19. Recenzent Europejskiego Towarzystwa Badań nad Wątrobą (European Association Study of the Liver (EASL) International Liver Congress na lata 2019-2021. Ekspert ds. eliminacji HCV na zaproszenie Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Współautor krajowych rekomendacji postępowania I terapii zakażenia HCV, HBV, NAFLD/NASH oraz riketsjoz. Wielokrotnie recenzent programów terapeutycznych dla Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz projektów badawczych dla NCN. Członek Scientific Commitee of joint project on "International Transfer of Health Data "The European Federation of Academies of Sciences and Humanities (ALLEA), the European Academies' Science Advisory Council (EASAC), and the Federation of European Academies of Medicine (FEAM). W ostatnich latach bardzo ścisła współpraca z Department of Gastroenterology and Hepatology, Essen University Hospital w Essen (Niemcy) oraz Dept. of Gastroenterology, Hepatology and Endokrinologie, Medical School Hannover (Niemcy). Autor licznych prac oryginalnych, poglądowych o sumarycznym IF ponad 350 i liczbie cytowań ponad 6000, h-index 23. Redaktor Naczelny "Clinical and Experimental Hepatology", Guest Editor w zakresie Gastroenterologii wydawnictwa Frontiers.

Magdalena Władysiuk | Poland

Prezes Stowarzyszenia CEESTAHC. Wiceprezes firmy HTA Consulting, w której odpowiedzialna jest za strategiczny rozwój firmy. Jej głównym celem jest zapewnienie wysokiej jakości informacji i danych w oparciu o EBM i HTA. Podejmuje działania nie tylko na terenie Polski, ale także w Europie i Azji. Jej kluczowym zadaniem jest poprawa wyników leczenia pacjentów poprzez podejmowanie lepszych decyzji leczniczych.

W CEESTAHC jest odpowiedzialna za przygotowanie i zapewnienie platformy do dyskusji dla wszystkich zainteresowanych grup interesów w sektorze opieki zdrowotnej. Misją CEESTAHC jest poprawa jakości opieki zdrowotnej w oparciu o dowody. Jest absolwentką Akademii Medycznej w Lublinie oraz Ekonomii i MBA na Akademii Leona Koźmińskiego w Warszawie. W latach 2006-2008 była członkiem corocznych spotkań HTAi.

Marek Wójcik | Poland

Ekspert do spraw ochrony zdrowia Związku Miast Polskich. W latach 2014-2015 wiceminister administracji cyfryzacji, wieloletni uczestnik prac legislacyjnych w Sejmie i Senacie. Członek zespołu do spraw ochrony zdrowia i polityki społecznej Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego oraz uczestnik prac Rady Dialogu Społecznego. Od 2004 roku przewodniczący trzech kadencji Rady Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ. Ekspert Ministra Zdrowia ds. restrukturyzacji zakładów opieki zdrowotnej i przekształceń własnościowych (2009-2011).

Członek Rady do spraw Zdrowia Publicznego oraz Rady Naukowej Ogólnopolskiego Programu Zwalczania Grypy. Nadzorujący działalność podmiotów leczniczych podległych Sadeckiej Miejskiej Strefie Usług Publicznych (pilotażowy powiat), oraz Powiatu nowosądeckiego. Autor publikacji dotyczących zdrowia publicznego i samorządowych programów zdrowotnych. W działalności dydaktycznej, m.in. współpracownik Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Uczelni Łazarskiego w Warszawie, Szkoły Głównej Handlowej, Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, WSB National – Louis University w Nowym Sączu, Wyższej Szkoły Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim.

Jan Zygmuntowski | Poland

Ekonomista i przedsiębiorca społeczny zainteresowany złożonymi systemami, ekonomią polityczną technologii oraz gospodarką cyfrową. Współprzewodniczący Polskiej Sieci Ekonomii i dyrektor programowy CoopTech Hub, pierwszego w Polsce centrum technologii spółdzielczych. Doktorant Akademii Leona Koźmińskiego i wykładowca kierunku Zarządzanie i AI w Cyfrowym Społeczeństwie. Założyciel i w latach 2015-2020 prezes zarządu Fundacji Instrat, progresywnego think-tanku. Doświadczenie zdobywał m.in. w Polskim Funduszu Rozwoju. Absolwent Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie, stypendysta G20 Global Solutions, British Council, Møller Institute, Open Future Foundation i FEPS. Autor „Kapitalizmu Sieci", książki nominowanej do nagrody Economicus 2020. Ambasador DigitalEU.

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.

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

Sesja 1. Otwarcie Sympozjum

Ewolucja HTA będzie napędzana i kształtowana postępem technologicznym, wartościami społecznymi, trendami w opiece zdrowotnej oraz globalnymi wyzwaniami. Wypracowanie nowego podejścia do oceny technologii medycznych powinno gwarantować pacjentom dostęp do terapii, które oferują rzeczywistą wartość (są bezpieczne i skuteczne). Integracja danych z tych obszarów (w tym ich ocena w określonych wymiarach) oraz tworzenie dowodów naukowych będą możliwe dzięki następującym trendom:

1. **Integracja Dowodów z Rzeczywistej Praktyki Klinicznej (RWE)**. Organizacje HTA mogą coraz częściej wykorzystywać RWE (czyli dane zebrane poza kontrolowanymi badaniami klinicznymi, takie jak elektroniczna dokumentacja medyczna) do informowania zarówno pacjentów, jak i świadczeniodawców czy decydentów.

2. **AI**. Wraz z postępami w dziedzinie sztucznej inteligencji i uczenia maszynowego, przyszłe procesy HTA mogą korzystać z tych narzędzi do analizy skomplikowanych zestawów danych i dokładniejszego modelowania długoterminowych wyników zdrowotnych.

3. **Medycyna Spersonalizowana**. W miarę jak medycyna staje się bardziej dostosowana do indywidualnych pacjentów, HTA będzie musiała dostosować swoje metody do oceny wartości terapii dla mniejszych populacji pacjentów.

4. **Dostosowywanie oceny do szybko pojawiających się innowacji**. W obliczu często pojawiających się nowych technologii, takich jak terapie genowe, nanomedycyna czy cyfrowe rozwiązania zdrowotne, HTA będzie musiała być elastyczna i dostosowywać swoje metody, aby odpowiednio oceniać te innowacje.

5. **Holistyczne podejście do HTA**. Oprócz skuteczności klinicznej i kosztowej, przyszłe HTA może integrować szersze wpływy społeczne, takie jak zrównoważony rozwój środowiskowy czy czynniki społeczno-ekonomiczne.

6. **Globalna współpraca**. Wraz z rosnącą globalizacją opieki zdrowotnej, agencje HTA mogą ściślej współpracować, dzieląc się wiedzą i metodologią, aby zapewnić spójne i wysokiej jakości oceny.
7. **Kwestie etyczne**. Ramy etyczne mogą stać się bardziej widoczne w HTA, aby rozwiązać wyzwania związane z równością, dostępem i wartościami społecznymi.
8. **Włączanie pacjenta**. W miarę wzrostu nacisku na opiekę skoncentrowaną na pacjencie, pacjenci mogą odgrywać ważniejszą rolę w procesach HTA, dostarczając informacji o preferencjach, jakości życia i postrzeganą przez nich wartość technologii.
9. **Dynamiczna reocena**. W miarę szybkiego rozwoju technologii i terapii może pojawić się potrzeba regularniejszych reewaluacji technologii po wprowadzeniu do systemu opieki zdrowotnej, aby zapewnić ich ciągłą wartość i bezpieczeństwo na najlepszym dostępnym poziomie.
10. **Przejrzystość procesów**. Proces HTA może stać się jeszcze bardziej przejrzysty, z szerszym zaangażowaniem interesariuszy i modelem otwartego dostępu do metodologii i wyników.

Sesja 2. Międzynarodowy rozwój HTA

Obecnie w Uni Europejskiej rozwijane są dwa przedsięwzięcia, których celem jest integracja danych na poziomie międzynarodowym:

1. **EHDS – Europejską Przestrzeń Danych Zdrowia**
2. **JCA – Wspólna Ocena Kliniczna**

Kluczowym elementem tych dwóch inicjatyw jest stworzenie mechanizmów i procedur do analizy danych zdrowotnych i zwiększenie znaczenia RWE w opiece zdrowotnej. EHDS i JCA zestawione razem mają potencjał, by przekształcić europejską opiekę zdrowotną. Zapewnią one system, w którym decyzje medyczne opierają się na dowodach, są wszechstronne i odzwierciedlają rzeczywiste scenariusze.

Gdy Unia Europejska od wielu lat dąży do stworzenia zunifikowanego krajobrazu danych zdrowotnych dzięki EHDS, kluczowe będzie symbiotyczne powiązanie między JCA (dane kliniczne) a RWE (dane od pacjentów). RWE, pochodzące z rzeczywistych danych (RWD), takich jak elektroniczne zapisy zdrowotne, rejestry pacjentów i aplikacje zdrowotne, dostarcza wglądu w wyniki pacjentów, schematy leczenia i koszty medyczne w rutynowych ustawieniach klinicznych. W przeciwieństwie do tradycyjnych badań klinicznych, które odbywają się w kontrolowanych środowiskach, RWE oferuje bardziej wszechstronne spojrzenie na to, jak leczenie działa w codziennym życiu, a jego znaczenie jest coraz bardziej doceniane w kontekście regulacji i oceny technologii medycznych.

1. **Europejska Przestrzeń Danych Zdrowotnych (EHDS)** stanowi przełomowe podejście do opieki zdrowotnej w Unii Europejskiej. Jest to inicjatywa mająca na celu zapewnienie dostępu, udostępniania i wykorzystania danych zdrowotnych między państwami członkowskimi, zachowując jednocześnie najwyższe standardy ochrony danych. EHDS będzie w przyszłości platformą transgranicznych badań klinicznych, przedmiotem analiz zdrowotnych i jednym z kluczowych elementów usług zdrowotnych.

2. **Wspólna Ocena Kliniczna (JCA)** odgrywa także kluczową rolę w tej zmianie podejść. Analizuje ona korzyści kliniczne nowych technologii medycznych, umożliwiając podejmowanie w przyszłości decyzji w ochronie zdrowia w całej Europie. Dzięki wypracowaniu wspólnej metodyki i, w coraz większym stopniu, integracji dowodów naukowych (w tym także RWE), JCA może wzmacniać w przyszłości ocenę w oparciu o dane z praktyki klinicznej z całego obszaru UE.

Sesja 3. Wyzwania dla samorządów – czas trudnych decyzji, czas wyborów...

Krajobraz po pandemii niesie ze sobą wyjątkowe wyzwania dla samorządu terytorialnego w wielu dziedzinach. Te trudności są szczególnie dostrzegalne w zakresie profilaktyki oraz realizacji zadań zdrowia publicznego, takich jak edukacja zdrowotna czy wczesne wykrywanie chorób. Od 2017 roku systematycznie obserwujemy spadek liczby programów polityki zdrowotnej ocenianych przez AOTMiT. Uproszczenia w ocenie tych programów przez AOTMiT, polegające na wprowadzeniu programów modelowych (rekomendacji), nie rekompensują tego spadku. W wielu samorządach obniżono budżety przeznaczone na zdrowie. Jest to skutkiem m.in. rosnących kosztów energii elektrycznej, spadku dochodów samorządów czy konieczności wsparcia działań związanych z konfliktem na Ukrainie. Na tę sytuację nakładają się dodatkowe problemy, takie jak opóźnienia w diagnostyce powstałe podczas pandemii, kryzys demograficzny, trudności w pozyskaniu środków z funduszy europejskich oraz komplikacje związane z wyborami parlamentarnymi i samorządowymi.

Przy podejmowaniu decyzji kluczowe jest posiadanie rzetelnych danych, współpraca w zespole oraz dzielenie się doświadczeniami i materiałami edukacyjnymi. Może to przyczynić się do lepszego wykorzystania zasobów samorządów. W ramach Akademii Samorządowca co roku poruszane są aktualne tematy i wyzwania. W pierwszej części przedstawimy możliwości i zakres wykorzystania przez samorządy środków z Funduszu Medycznego jako nowego narzędzia finansowania programów polityki zdrowotnej. Omówimy też konkretne propozycje programów w zakresie diabetologii, onkologii i chorób zakaźnych. Ze względu na obecną sytuację na Ukrainie, przewidziano również sesję dotyczącą opieki zdrowotnej dla uchodźców z tego kraju, uwzględniając zarówno jej zakres, jak i aspekty komunikacyjne.

Sesja 4. Polska i Ukraina – wspólne wyzwania w zdrowiu

Ze względu na obecną sytuację na Ukrainie, przygotowaliśmy również sesję dotyczącą wyzwań w polskiej opiece zdrowotnej dla uchodźców z tego kraju, uwzględniając zarówno jej zakres, rolę poszczególnych interesariuszy jak i aspekty komunikacyjne.

Napaść Rosji na Ukrainę w dniu 24 lutego 2022 roku wywołała szeroką falę uchodźców. Część z nich została zmuszona do opuszczenia rodzinnych stron ze względu na objęcie tych terenów działaniami wojennymi. Inni zdecydowali się uciec ze względu na ryzyko dalszego postępu wojsk agresora i pogorszenie warunków bytowych. Według szacunków Straży Granicznej od początku rosyjskiej agresji w lutym 2022 roku polską granicę przekroczyło **ponad 15,5 miliona ukraińskich uchodźców**, głównie kobiet i dzieci. Dla większości z nich Polska była bramą do Europy i stopniowo powyjeżdżali do innych krajów Unii. Część z nich wróciła na Ukrainę po stabilizacji sytuacji na froncie.

Obecnie w Polsce przebywa ponad milion ukraińskich uchodźców. Taka sytuacja wpływa rodzi dodatkowe wyzwania dotyczące organizacji opieki zdrowotnej w Polsce, szczególnie po niedawnej pandemii Covid-19. Jednocześnie obywatele Ukrainy zderzają się z polskimi realiami systemowymi, gdyż nie znają zasad funkcjonowania podstawowej, jak również specjalistycznej opieki zdrowotnej w Polsce. Ze względu na odmienną sytuację epidemiologią w Ukrainie konieczne jest wskazywanie możliwości zbudowania odpowiedniego dostępu oraz odpowiedniego poziomu komunikacji dla tej populacji. Mają trudności w znalezieniu właściwej ścieżki rozwiązania swoich problemów zdrowotnych, nie wiedzą jakie świadczenia im przysługują, nie znają swoich praw ani obowiązków. W konsekwencji często nie podejmują leczenia i wycofują się na margines systemu ochrony zdrowia. Jest to niekorzystna sytuacja, bo tracąc kontakt z tak liczną grupą społeczną, tracimy kontrolę nad chorobami.

Z uwagi na te zagadnienia zaprosiliśmy do dyskusji przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, samorządów, organizacji pozarządowych polskich i ukraińskich. W trakcie sesji chcemy przedstawić różne punkty widzenia, dobre praktyki lokalne oraz potrzeby uchodźców. Chcemy w trakcie sesji przedstawić różne punkty widzenia, dobre praktyki lokalne, potrzeby uchodźców podjąć próbę wypracowania i wskazania kierunku działań, aby poprawić dwustronną komunikację, zastanowić się nad efektywną edukacją zdrowotną oraz poprawą adaptacji uchodźców w polskim systemie ochrony zdrowia.

Sesja 5. Potrzeba innowacji w HTA

W najbliższym czasie ocenę technologii medycznych czeka ewolucja, która przemieni każdy obszar i poziom działania tej dziedzinie. Postęp będzie generowany efektem kuli śnieżnej wywołanej świeżą energią nowych możliwościami zbierania danych i ich analizy. Możliwość zbierania danych masowych w czasie rzeczywistym, stosowanie sztucznej inteligencji i cyfryzacja dokumentacji medycznej otwierają szanse na wielki skok jakościowy, co już obecnie prowadzi do wdrażania nowych metod analizy i wnioskowania.

Ewolucja dotknie medycznych, ekonomicznych, społecznych i etycznych aspektów stosowania i oceny technologii medycznych. Na nowo trzeba będzie zbudować metodykę badań klinicznych i poszerzyć ją o możliwości testowania technologii za pomocą zastanych danych, nauczyć się pracować na realnych danych klinicznych z uwzględnieniem elementów kosztowych, uwzględniać preferencje czy nawet nierówności społeczno-ekonomiczne, a przede wszystkim zadbać o bezpieczeństwo danych. Sporym wyzwaniem będzie zapewnienie zrównoważonego rozwoju wszystkich aspektów, żeby niedoinwestowane obszary nie hamowały możliwości postępu w pozostałych.

W ramach sesji zostaną poruszone kwestia tworzenia wytycznych i zakresu uwzględnianych dowodów naukowych wraz z wskazaniem zakresu baz danych wykorzystywanych w tym procesie. Wyszukiwanie danych staje

się elementem i przedmiotem tworzenia innowacyjnych narzędzi w coraz wydajniejszych procesach z uwzględnieniem nowych możliwości machine learning. Wraz z rozwojem technologii cyfrowych powstaje konieczność ich oceny i opracowana w Australii propozycja ram takich procedur może być ciekawym tematem, także w ramach EU i Joint Clinical Assessment. Analizy ekonomiczne były zawsze stałym elementem podejmowania decyzji w oparciu o HTA, lecz włączenia danych RWE i ocena niepewności danych nadal jest przedmiotem dyskusji. Być może z początku pojawią się też trudności z optymalnym wykorzystywaniem nowych możliwości i znalezieniem „środka ciężkości" dla oceny technologii medycznych realizowanej z użyciem innowacyjnych metod i narzędzi, lecz ich stosowanie staje się faktem.

Sesja 6. Dobre praktyki dla integracji opieki

Od kilkunastu lat słowo **„wartość" („value")** jest bardzo modne w świecie medycyny i przewija się w rozlicznych nazwach, definicjach i programach. Środowiska lekarzy, świadczeniodawców, płatników oraz pacjentów chcą mieć swój wkład i wpływ na wspólną definicję tego terminu. Bywa, że cele tych grup interesów są rozbieżne, a termin „wartość" dla każdej z nich może mieć inny punkt ciężkości. Kluczowe jest więc, aby wszystkie strony były ze sobą zgodne, że chcemy skutecznie wpłynąć na optymalizację kosztów i poprawę efektywność opieki zdrowotnej. Podobnie jak w innych dziedzinach ekonomii, dążymy do tego aby w opiece zdrowotnej konsument określał wartość poprzez:

1. **koszt**,
2. **jakość** obsługi,
3. **dostępność** i
4. **efektywność** kliniczną.

Właściwe jest zastanowienie się, który z tych aspektów powinien być najważniejszy i czy w ogóle któryś z nich może być uznany za ważniejszy od innych? Dochodzi to tego jeszcze konieczność uwzględniania potrzeb

różnych grup interesariuszy. Należy też pamiętać, że w niektórych krajach ochrona zdrowia stanowi nawet 20% gospodarki, więc kondycja branży ma wpływ nie tylko na zdrowie, ale również na sytuację ekonomiczną milionów obywateli. Bez zbudowania odpowiednich narzędzi integracji rozumianej zarówno jako przepływ pacjentów pomiędzy poszczególnymi świadczeniodawcami, lecz także danych, dostępu do odpowiednich leków czy wyrobów medycznych, trudno mówić o poprawie dostępu czy przez to możliwości podnoszenia jakości opieki.

Pod pojęciem **koszt** rozumiemy całkowite wydatki na całej ścieżce pacjenta oraz na poszczególne jej etapy w ramach kompleksowej opieki nad pacjentem, a nie jednorazowe usługi. Jeśli chcemy obniżyć koszty, powinniśmy inwestować więcej w usługi o wysokiej **efektywności** klinicznej, aby ograniczyć potrzebę korzystania z innych, suboptymalnych rozwiązań. Wysoka efektywność to nie tylko przełomowe metody i nowoczesny sprzęt – do osiągnięcia tego celu potrzebny jest zaangażowany cały personel medyczny i to właśnie czynnik ludzki ma największy wpływ na **jakość**. Pełna efektywność danej technologii jest możliwa tylko przy zachowaniu standardów jakościowych (zakresu, sposobu jej wykonania, czasu oraz odpowiedniego dostępu do niezbędnych zasobów) na wszystkich etapach postępowania w ramach danego procesu leczenia. Musimy więc zrezygnować z podejścia polegającego na ocenie wybranych elementów terapii i analizowaniu ich w oderwaniu od pozostałych elementów całościowej procedury. Dzięki takiemu zintegrowanemu podejściu możemy odkryć co dokładnie dzieje się wokół analizowanej technologii (łącznie z wpływem pacjenta na przebieg interwencji) lub na styku kilku wykonywanych kolejno procedur, jaki jest ich wzajemny wpływ i siła korelacji. Być może okaże się, że to czego do tej pory nie badaliśmy ma większy wpływ niż to co już poznane i opisane standardami czy wytycznymi.

Kolejnym parametrem technologii medycznej, który ma wpływ na decyzje pacjentów, jest **dostępność**. Na jej poprawę największy wpływ mają koszty i sposób organizacji systemu ochrony zdrowia – od ram prawnych po zaplecze logistyczno-administracyjne oraz odpowiednie zasoby ludzkie, instytucjonalne, zarządcze czy finansowe. I tutaj znowu, tylko zintegrowane działania i wzajemne zrozumienie pozwoli na realizację celów.

Przyjmujemy, że w medycynie **„wartość"** oceniana jest przez pryzmat osiągniętych rezultatów, a nie tylko liczbę świadczonych usług. Dla pacjentów „wartość" coraz częściej łączy się także z jakością doświadczenia i relacji z personelem medycznym. Obserwujemy więc przesunięcie akcentów z liczby świadczeń, czy liczby procedur, na ich jakość. Mimo że dynamika tej zmiany spowolniła w obecnej administracji, trend ten jest nieodwracalny. Kluczowe jest inicjowanie zmian, prowadzących do kulturowej transformacji w kierunku opieki opartej na współpracy zespołowej, gdzie wszyscy ponosimy odpowiedzialność za wyniki leczenia pacjentów (czyli pacjenocentryczne podejście). Wymaga to zaangażowania, czasu i środków finansowych.

W ramach sesji będą przedstawione różne metody oceny wartości w systemach opieki zdrowotnej, także w ramach polskiego systemu opieki zdrowotnej jak w kardiologii czy hematologii.

GSK

hta consulting

Sponsorzy

Sponsorzy

FES

FUNDACJA OnkoCafe RAZEM LEPIEJ

FUNDACJA TRANSPLANTACJA LIVER STRONG

Stowarzyszenie „Serce w przemyśle Metalowych"

PTCHNM

MATIO FUNDACJA POMOCY RODZINOM I CHORYM NA MUKOWISCYDOZĘ

POLSKIE AMAZONKI RUCH SPOŁECZNY

HEMATOONKOLOGICZNI STOWARZYSZENIE CHORYCH NA NOWOTWORY KRWI I ICH BLISKICH

Mathowe Love Wsparcie Wcześniaka FUNDACJA

Zmajmy się razem Ogólnopolskie Stowarzyszenie Młodych z Zapalnymi Chorobami Tkanki Łącznej

Serce na Banacha sercenabanacha.org.pl

ALIVIA

Fundacja Platynowa Drużyna

Sanitas

STOMA LIFE

UroConti Stowarzyszenie Osób z NTM

tosięleczy®

MY FUNDACJA MY PACJENCI

KOALICJA NA POMOC NIESAMODZIELNYM

Stowarzyszenie SŁYSZEĆ bez granic

FUNDACJA GWIAZDA NADZIEI

STOWARZYSZENIE ZDROWYCH MIAST POLSKICH

Partnerzy

PULS Medycyny
pulsmedycyny.pl

portal medyczny
@sculap.com

cowzdrowiu.pl

Rynekzdrowia.pl

mZdrowie.pl

KOMPENDIUM 24.PL
PORTAL LEKARSKI

Biotechnologia.pl

poradnikzdrowie.pl

Medexpress.pl

SŁUŻBA ZDROWIA 70 LAT

Patroni medialni

Rzecznik Praw Pacjenta

Patronat Honorowy