



Редки Болести и Лекарства Сираци

Брой 1 / 2021 г.

ISSN 1314-3581
<http://journal.raredis.org>

РЕДАКЦИОННА СТАТИЯ

Икономическо моделиране при оценка на здравните технологии – какво е допустимо и какво има смисъл?

Георги Искров^{1,2}, Румен Стефанов^{1,2}

¹ Катедра по Социална медицина и обществено здраве, Факултет по Обществено здраве, Медицински университет – Пловдив

² Институт по редки болести, Пловдив

Оценката на здравните технологии и последващото вземане на решение за заплащане с публични средства се фокусират върху **концепцията за стойност и по-точно върху добавената клинична и икономическа стойност спрямо наличните и достъпни алтернативи за сравнение** [1]. Колкото по-голяма е добавената стойност на дадена нова здравна технология, толкова по-вероятно е приемането на положителна препоръка за реимбурсиране. Измерването на добавената стойност не е проблем, защото съществува широк набор от изследователски инструменти за изпълнение на тази задача. **Оценяването на добавената стойност обаче е проблематично.** Много често липсват ясни критерии какъв минимален резултат е необходим за положителна препоръка за заплащане на нова здравна технология с публични средства. Нещо повече, оценяването е силно субективен процес и различните заинтересовани страни в него – лекари, пациенти, платци и индустрия – нерядко имат разминаващи се позиции по един и същ въпрос [2].

Този фундаментален проблем илюстрира нагледно необходимостта от използване на икономическо моделиране при оценка на здравните технологии и вземане на решение за заплащане с публични средства. Икономическите модели имат за цел да **улеснят процеса на оценка и да предоставят основа за прозрачно формиране на обективна препоръка за реимбурсиране.** В практиката се използват два основни вида модели – за разходната ефективност и за бюджетното въздействие [3]. Тези два типа често стъпват на една и съща доказателствена база, но изпълняват коренно различни задачи. Първият клас модели дава отговор на въпроса „**Икономически целесъобразно ли е използването на новата здравна технология?**“, докато вторият отговаря на „**Може ли да си позволим заплащането на новата здравна технология?**“ [4]. Връзката между тези два типа модели е комплексна, но най-общо казано – положителен отговор на първия въпрос може да се разглежда като необходимо условие за преминаване към втория. Това означава, че здравни технологии, които са разходно неефективни, следва да отпадат от по-нататъшно оценяване още на този етап.

Икономическото моделиране при оценка на здравните технологии не е нещо ново. Тази специфична област се развива вече повече от няколко десетилетия. Публикувани са голям брой международни и национални ръководства с препоръки и добри практики [5]. Въпреки това, практическото изпълнение и интерпретацията на получените резултати остават съпътствани от множество неясноти и ограничения. **На първо място стои липсата на ясен фокус** – какво точно моделът се опитва да представи. **Оценката на здравните технологии обикновено се извършва в условия на голяма несигурност** [4]. Почти винаги липсват местни данни – епидемиологични, клинични, икономически – което налага екстраполация на резултати от модели за чужди популации. Това само по себе си не е грешка. Но често в желанието си да създадат модел, който да отговори на максималните очаквания на всички страни, изследователите включват всевъзможни сценарии и хипотези [3]. Това не само, че не е възможно, но и значително „разконцентрира“ модела. Изготвеният краен модел вместо да улесни процеса на вземане на решение, **допълнително го усложнява и поражда нови въпроси без еднозначни отговори.**

Втори важен проблем е липсата на практическо значение на резултатите от модела. Използваните модели избилстват от стойности за инкременталното съотношение на разходите и ефективността (ICER) и за годините живот, съобразени с качеството (QALY). Това са важни показатели, които имат своето място и роля при оценката на здравните технологии. Но дали това са най-важните критерии при вземане на решение за заплащане с публични средства? Определено не. **Крайното решение се базира на множество от критерии с различна тежест, чиято интерпретация зависи от специфичния контекст на въпросната медицинска индикация и наличните алтернативи за сравнение** [1-2]. Значението на всеки един от тези показатели не трябва да се абсолютизира и разглежда като предопределящ фактор. ICER и QALY дават определени отговори, но **сами по себе си не синтезират всичката информация**, необходима за едно балансирано и обективно крайно решение [3]. Те трябва да бъдат допълнени от още критерии, извън обхвата на икономическото моделиране. Затова и прекомерната зависимост от ICER и QALY следва да се избягва при оценката на здравните технологии.

Как следва да се процедира тогава при извършване на икономическо моделиране? При вземане на решение за заплащане местните платци и регулатори се водят от **местни съображения и специфики.** По тази причина, икономическият модел следва да представи оценка за добавената стойност, **максимално обусловена и съобразена с местните условия.** В този контекст, свръхупотребата на чужди

източници прави цялата дискусия за реимбурсиране у нас безпредметна. На второ място, по дефиниция моделите при оценка на здравните технологии са **опростено представяне на процеси от реалността с цел по-добро разбиране и по-лесно вземане на решение**. Модел, който излишно усложнява действителността, не е добър модел. Простите решения често са най-ефективни. Успешното изготвяне на опростен модел само по себе си обаче изисква **висока степен на опит и експертност**. Не на последно място, добрият модел следва да отчита **гледните точки на различните заинтересовани страни**. По този начин крайните резултати ще бъдат приемливи и разбираеми за всички в процеса на оценка на здравните технологии.

Библиография

1. Iskrov G, Miteva-Katrandzhieva T, Stefanov R. Multi-Criteria Decision Analysis for Assessment and Appraisal of Orphan Drugs. *Front Public Health*. 2016 Sep 30;4:214.
2. Iskrov G, Stefanov R. Criteria for Drug Reimbursement Decision-Making: An Emerging Public Health Challenge in Bulgaria. *Balkan Med J*. 2016 Jan;33(1):27-35.
3. Miller JD, Foley KA, Russell MW. Current challenges in health economic modeling of cancer therapies: a research inquiry. *Am Health Drug Benefits*. 2014 May;7(3):153-62.
4. Iskrov G, Stefanov R. Post-marketing access to orphan drugs: a critical analysis of health technology assessment and reimbursement decision-making considerations. *Orphan Drugs Res Rev*. 2014;4:1-9.
5. Caro JJ, Briggs AH, Siebert U, et al. Modeling good research practices - overview: a report of the ISPOR-SMDM Modeling Good Research Practices Task Force-1. *Value Health*. 2012;15(5):796-803.