

Глава 10

ИЗМЕРВАНЕ НА ЗДРАВНИЯ РЕЗУЛТАТ

Както беше посочено в предходната глава **икономическата оценка в здравеопазването представлява сравнителен анализ на алтернативни варианти за действие от гледна точка на разходите и получените резултати.**

Основната причина за изразходването на средства за здравеопазване, е подобряване на здравето на хората.

Поради многото хетерогенни фактори, които влияят на здравето и несигурността за положителен ефект от намесата медицинските специалисти, не всички резултати от здравните услуги представляват здравни подобрения, но това са предпочитаните и доминиращите видове резултати.

В тази глава се разглеждат начините за *идентифициране, измерване и оценяване* на степента на здравните подобрения – от медицинска гледна точка и в парични единици. Специално внимание е отделено на въпроса за съпоставимостта на различните измерители. Освен *абсолютната стойност на здравето*, тук се разглеждат и начините за оценка на *производствените ползи* от връщането на хората на работа, в резултат на възстановеното здраве.

Идентифициране на здравните подобрения

Нееднозначното дефиниране на здравето прави проблемно и точното му измерване, което проличава от множеството различни понятия свързани със здравния резултат, които се срещат в литературата. Сред най-често използваните са:

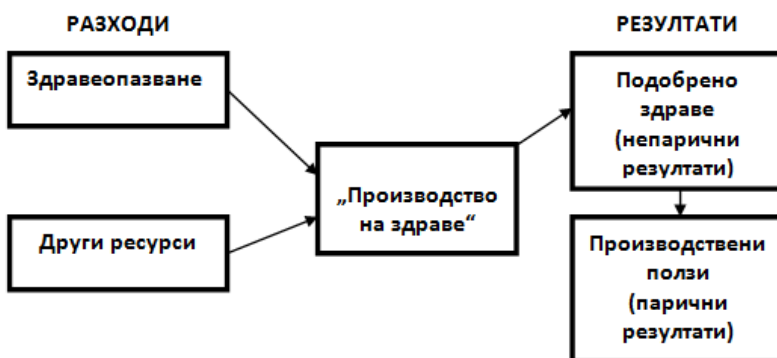
- **измерители на здравния статус** (health status measures);
- **измерители на резултата** (outcome measures);
- **инструменти за измерване на здравния статус** (health status instruments);
- **ползи** (benefits) – измерват се в парични единици, използват се само в анализ „разход-полза“ (CBA)
- **резултати (effects)** - измерват се в непарични единици, използват се при анализ „разход-резултат“ (CEA)

- **продукти** (outputs);
- **последствия** (outcomes);
- **здравни ползи** (health gains);
- **„крайни точки“** (end points), които могат да бъдат „средни“ (intermediate), „слаби“ (soft) и „силни“ (hard) в зависимост от това какъв тип събития се оценяват и от това до колко са измерими различните стадии от развитие на дадено заболяване.

В *клиничните проучвания* се разграничават два основни вида здравни ефекти:

- **Крайни здравни резултати (клинично значими крайни резултати, clinical endpoints)** – това са обективизирани данни относно реални клинични резултати, свързани със здравното състояние на пациента и отразяващи промените в него (напр. предотвратени смъртни случаи, предотвратени усложнения, спечелени години живот в резултат на интервенцията и др.).
- **Междинни здравни резултати (сурогатни здравни резултати, маркери)*** – това са измерители за ефекта от специфично лечение, които е възможно да са свързани с *реалния* краен клиничен резултат, но не е задължително да имат гарантирана връзка с него. Използват се като заместители на клинично значим краен резултат, които измерват директно това как се чувства пациента, неговия функционален статус, за да се направи заключение относно степента на заболяването или преживяемостта (*напр. ниво на артериално налягане, гликиран хемоглобин, холестерол, едногодишна преживяемост след инфаркт на миокарда и др.*). Презумпцията е, че промените в междинните резултати вследствие на терапията, водят до промени и в клинично значимия краен резултат.

* англ. „surrogate endpoint“ или „marker“



Фигура 10.1. Разходи и резултати/ползи

Както се вижда на фигура 10.1, могат да бъдат разграничени две основни групи здравни резултати: **непарични резултати** (Е), които се използват в анализа „разход-резултат“ (CEA) и **парични резултати** (В), които се използват в анализа „разход-полза“ (CBA). Възможно е някои видове парични резултати (като производствени ползи) да се използват и в анализа „разход-резултат“ (CEA).

1. Непарични резултати

Непаричните резултати измерват медицинския резултат от здравната програма или лечение, например: нива на преживяемост (*survival rates*), смъртност (*mortality*), заболяемост (*morbidity*), години живот (*life years*), индекси от специфични и генерични мултиатрибутивни дескриптивни системи за описание на здравния статус (*disease-specific/generic multiattributive descriptive systems for health*), здравни профили (*health profiles*).

Повечето измерители на здравните резултати могат да бъдат използвани, за да се отговори на основния медицински въпрос: в каква степен новото лечение е по-добро от съществуващото?

Много малко измерители обаче, могат да претендират за способността да отговорят на основния въпрос за здравната политика: дали е по-добре здравните ресурси да се насочат към ле-

чението на пациенти със заболяване X или към такива със заболяване Y?

Отговорът на този въпрос изисква различните степени на здравни ползи да бъдат *идентифицирани, измерени и оценени* чрез **съпоставими показатели**. За целта те трябва да отговарят на четири критерия:

- 1) да сравняват различията в *смъртността* (напр. увеличение на продължителността на живота или на времето в подобро здраве);
- 2) да сравняват различните подобрения в *заболяемостта* или качеството на живот, свързано със здравето между различни здравни програми;
- 3) да отчитат и сравняват подобренията едновременно и по отношение на *смъртността* и по отношение на *заболяемостта*.
- 4) да дават оценка на здравните подобрения, която е *базирана на предпочитанията* на засегнатите страни.

Таблица 10.1. Видове измерители на здравния резултат според съпоставимостта им и базата за оценяване

	Съизмерими по отношение на:			Базиран на <u>предпочитанията</u>
	Смъртност (T)	<u>Заболяемост</u> (Q)	<u>Смъртност и заболяемост</u> (Q*T)	
Нива на <u>преживяемост</u> , увеличена продължителност на предстоящия живот	Да	Не	Не	Не
Едномерни крайни точки; „меки“ или „средни“ Многомерни специфични за дадено заболяване инструменти	Не	Не	Не	Не
Здравни профили (напр. SF 36)	Не	Да	Не	Не
QALYs (Години живот, коригирани с оценка на качеството на живота)	Да	Да	Да	Да
DALYs (Години живот в инвалидност)	Да	Да	Да	Не

Източник: Olsen, A.J. *Principles in Health Economics and Policy*, Oxford University Press, 2009

В таблица 10.1. са обобщени измерителите за здравните резултати според тяхната степен на съпоставимост, както и според базата за оценка (въз основа на предпочитанията или не).

Системи, при които крайните точки имат едно измерение (напр. смъртност от инфаркт), както и системи за описание на специфични здравни състояния с няколко измерения, не покриват и четирите критерия, т.е. те *не са съпоставими и не са базирани на предпочитанията*.

Нивото на преживяемост е измерител за резултата, който е съпоставим само по отношение на смъртността, докато **здравните профили** (като напр. WHOQOL и SF-36) са съпоставими само по отношение на заболяемостта. Като генерични дескриптивни системи за здравето, те удовлетворяват второто от четирите описани по-горе условия, но не отговарят на другите три.

Здравните профили са междинен клас измерители на здравния резултат, който стои между специфичните инструменти и QALY.

QALYs се откроява като единствения измерител на здравния резултат, който удовлетворява и четирите критерия, докато DALY не отговаря на критерия „базиран на предпочитаната“. Трябва да се подчертае обаче, че измерителят QALY е създаден специално, за да удовлетвори всичките четири изисквания и да бъде приложим за подпомагане на разпределението на ресурсите в здравеопазването.

2. Парични резултати

Съществуват и други класове ползи от здравните програми освен тези, идентифицирани като здравни резултати. Това са потенциалните *производствени ползи* вследствие на подобреното здраве и „характеристики на процеса“, които не са негово следствие. За да се оцени този по-широк кръг ползи, могат да се използват техники за парична оценка.

На фигура 10.1. се виждат два напълно различни вида резултати: здравни резултати и производствени ползи. Както беше обяснено по-горе, здравните резултати обикновено не се измерват в пари. А тъй като нарастването на производствените

ползи се измерва в пари, следователно тези два вида ефекти не могат да бъдат сумирани – те са *несъизмерими*. Преди да се обсъди въпроса как може да се измерва здравето в пари, за да стане съизмеримо, ще бъде обяснено как се измерва и как се отчита нарастването на производствените ползи в рамките на икономическата оценка.

2.1. Производствени ползи в резултат на подобреното здраве

В литературата все още няма единно мнение по въпроса как да се измерват икономическите ползи за обществото от възстановената работоспособност вследствие на медицинска интервенция. Някои автори използват за целта **брутния доход** (*gross income*), някои - **нетния доход** (*net income*), докато други отчитат държавните спестявания от **обезщетения за болнични дни** (*sickness benefits*), а други предлагат да се отчита само **икономическия принос към останалите членове от обществото**. Следователно, трябва да се отговори на въпросите: *какви са видовете икономически ползи и за кого?*

Ключов момент при изясняването на тези въпроси е да се направи ясно разграничение между **реалните промени** в стойността на общественото производство и **трансферните плащания** между различните икономически агенти. Таблица 10.2 показва какво се случва, когато излекуван работник се връща обратно на работа. В случая заинтересованите страни са три: работник, работодател и държава. Работодателят получава **производствени ползи** (*production gains, PG*) вследствие на връщането на работника на работа, но от друга страна той трябва да изплаща **заплата** (*wage, W*), възмездяваща работника за положението труд. Работникът получава **нетна зплата** след облагане с **данъци** (*taxes, T*), но губи **обезщетенията за болнични дни** (*SB*). Държавата получава данъци и печели от това, че не трябва да изплаща обезщетения за болнични дни. В този случай държавата е отговорна за социалното осигуряване, но принципът на трансферните плащания е валиден и при схемите, прилагащи частно осигуряване. Таблица 10.2. илюстрира как паричните трансфери са „изчи-

стват” между трите страни. Следователно, това което представлява интерес е остатъкът, т.е. производствените ползи.

Най-важното послание от таблица 10.2. е идентифицирането на производствените ползи като реални икономически промени, като например ефект за националната икономика под формата на увеличен брутен вътрешен продукт (БВП). *Как се измерват тези ползи?*

Таблица 10.2. Връщане на работника на работа: реални производствени ползи срещу трансферни плащания

	Работник	Работодател	Държава
Нараснала производителност		+ PG	
Ефекти на заплатата	+ (W-T)	- W	+ T
Обезщетения за болнични дни	- SB		+ SB

Ако пазарът на труда функционира в условията на идеална конкуренция, работната заплата ще отразява стойността на пределния продукт. Следователно, работната заплата може да се използва като заместител на производствените ползи, за да се избегне трудната задача за измерване на производителността на всеки работник. В интерес на истината, първите изследвания за цената на човешкия живот използват работната заплата като база за неговата оценка: настоящата стойност на предстоящите бъдещи брутни доходи се нарича **подход на човешкия капитал** (*the human capital approach*).

Следващият въпрос е *как* тези производствени ползи да бъдат отчетени при социалната икономическа оценка, например при анализите „разход-полза“ (CBA) и „разход-резултат“ (CEA).

На фигура 10.1. разходите са диференцирани като разходи на сектор здравеопазване (health costs, HC) и други разходи на ресурси, които включват различни видове разходи на време, най-голям дял от които имат **производствените загуби** (production

losses, PL) в периода на лечението. При икономическия анализ „разход-полза“ ползата за обществото се измерва като увеличен обем на производството. Следователно **нетната настояща стойност** (net present value, NPV) се получава като от производствени ползи (PG) се извадят всички разходи по програмата:

$$NPV = PG - (HC + PL) \quad (10.1)$$

Обърнете внимание, че абсолютните ползи от подобреното здраве не са включени в този вид анализ „разход-полза“. При анализа „разход-резултат“ (CEA) производствените ползи, които се измерват в парични единици не могат да се поставят в знаменателя заедно с непаричните единици за здраве (*Внимание: не-съизмерими единици не могат да се сумират!*). Затова мястото на производствените ползи (PG) е в числителя като спестени разходи, които се изваждат, за да се получат „нетните икономически разходи на обществото“. След това тези нетни разходи се разделят на броя на здравните ползи (H), за да се получи **съотношението „разход-резултат“** за здравето (cost-effectiveness ratio for health, CER):

$$CER_H = \frac{(HC + PL) - PG}{H} \quad (10.2)$$

Формула 10.2. показва математически как се отчитат производствените ползи при анализите „разход-полза“ и „разход-резултат“. Очевидно, колкото по-големи са производствените ползи, толкова по-добра е програмата за обществото. Във формула 10.1., тъй като само *нетните* икономически ползи имат значение, колкото по-високи са производствените ползи от лечението на дадена група пациенти, толкова по-голям размер здравни разходи ще е готово да толерира обществото. Същото важи и за формулата на уравнение 10.2. След като CER е свързан с *нетните* разходи на обществото, колкото повече производствени ползи могат да бъдат извадени, толкова по-благоприятно (изгодно) става съотношението.

Това ни прехвърля от *позитивния* въпрос за коректното оценяване на величината на производствени ползи към *нормативния* въпрос колко от тези ползи трябва да бъдат отчитани при социалния икономически анализ. Дилемата при определянето на приоритети е свързана с извода, че най-производителните групи в обществото са третирани приоритетно за сметка на групи, които поради различни причини, са по-малко продуктивни. Това заключение, наред с методологическите трудности, свързани с коректното изчисляване на реалните производствени ползи, обяснява защо включването на производствените ползи е спорен въпрос в литературата и защо много национални ръководства за икономическа оценка в здравеопазването не препоръчват включването им в анализа.

Американските компетентни органи например препоръчват при анализа „разход-резултат“ да се отчита „само въздействието върху останалата част от обществото“ (Weinstein et al., 1997). Следователно, данъците и доброволните контрибуции (помощи) към останалите членове на обществото са ползите, които те считат за наистина релевантни при анализа „разход-резултат“.

Мнението, че „само въздействието върху останалата част от обществото“ има значение наподобява концепцията за „*осигуряващия прехраната*“. Този, който осигурява прехраната е важен за останалите членове на домакинството дотолкова, доколкото неговите доходи гарантират тяхното изхранване. Следователно, въпросът колко важен е даденият човек за благосъстоянието на другите членове на домакинството или обществото е ключов при вземането на решение чий живот да бъде спасен. Когато се харчат оскъдните ресурси на обществото има значение размерът на благата, които се връщат обратно на неговите членове, а не личният нетен доход, който индивидът може законно да задържи за себе си.

За опростяване на модела се приема, че всички приноси към обществото се събират чрез данъчната система и че системата на здравеопазване е изцяло данъчно финансирана. Следователно, вместо да се включват brutните доходи под формата на производствени ползи, които да бъдат извадени в числителя на

CER, се изважда само тази част от доходите, която се превръща в данъци.

В таблица 10.3. са показани три алтернативни здравни програми (А, Б и В), които дават идентичен здравен резултат ($H=1$ QALY). Програмите се различават по разходите на здравния сектор (HC), производствените ползи ($PG = W$) и данъците (T). Следователно CER е различно в зависимост от това дали се изваждат ползи и кои са те.

Ако се приеме „тесния“ подход и се отчитат само разходите на здравната система, програма А се откроява като най-ефективна по отношение на разходите ($HC/H = 30$).

При „широкия“ подход с отчитане на пълните производствени ползи в числителя, програма С става най-ефективна по отношение на разходите ($HC - PG/H = 5$).

Ако се възприеме някакъв междинен подход и се отчитат само данъчните контрибуции, програма В е най-ефективна по отношение на разходите: $(HC - T)/H = 28$.

Таблица 10.3. Съотношението „разход-резултат“(CER) е различно в зависимост от това дали се изваждат ползите и точно кои ползи се изваждат

	H(QALY)	HC	PG	T	HC/H	(HC-PG)/H	(HC-T)/H
A	1	30	0	0	30	30	30
B	1	40	30	12	40	10	28
C	1	60	55	22	60	5	38

По принцип данъчното облагане има три цели: 1) социално осигуряване на данъкоплатеца; 2) финансиране на публични блага и други правителствени разходи и 3) преразпределение към други членове на обществото. Следователно, само част от данъците се насочва за финансиране на здравеопазването. Това означава, че ако се изхожда от гледната точка на „ресурсите за здравеопазване“, при изчисляването на CER, трябва да се извади само

тази част от Т, която е вероятно да представлява увеличените постъпления за здравния сектор.

Няма правилен или грешен отговор на въпроса дали и колко производствени ползи трябва да бъдат взети предвид в рамките на икономическата оценка в здравеопазването.

Има две крайни гледни точки: напълно да се пренебрегнат или изцяло да се включат. Алтернативна позиция в контекста на данъчно финансираната здравна система, е да се включи само тази част от данъците, която представлява данъчни контрибуции. Дори и в този случай политиките могат да възразят срещу включването им, защото при пропорционално или прогресивно данъчно облагане високодоходните групи пациенти ще се ползват с приоритет. В този случай алтернатива може да бъде отчитането само на тази част от данъците, която води до увеличаване на размера на здравните бюджети. Например, при данъчна ставка 40% и 20% данъчни приходи за здравния сектор, се отчитат 8% от пълните производствени ползи.

Ако анализът се интересуваше от промените в онези ресурси, които са под контрола на „останалите членове на обществото“, които за по-просто могат да се разглеждат като правителството, следва че всяка промяна в данъчните приходи или плащанията на обезщетения за болнични трябва да се отчитат като релевантни (виж Табл.13.3.). Публичният портфейл ще спести обезщетения за болнични, когато оздравелите хора се върнат обратно на работа, а тези спестявания могат да бъдат похарчени за повече здравни услуги или за повече други публично финансирани блага. Отново, въпреки че резултатът е в полза на групите пациенти, които имат работа, на която да се върнат, другите членове на обществото вероятно също биха одобрили такава политика дотолкова, доколкото разходите за лечение не надвишават очакваното увеличение на приходите и спестяванията в публичния портфейл.

2.2. Парична стойност на подобреното здраве

В съответствие с теорията, че хората търсят здравни услуги, заради очаквания им положителен ефект върху здравето (Grossman, 1972), тук вниманието е насочено по-скоро към паричната стойност на подобреното здраве, отколкото към стойността на здравните услуги.

1) Какво се остойносттава?

Подобренията в здравния статус могат да варират според величината си от случай на спасено дете с очаквана продължителност на предстоящия живот като на фигура 6.1., до пределна част от QALY, която е прекалено малка, за да може да бъде илюстрирана на фигурата.

Следователно, колкото по-дълго е оставащото *време живот* (T), толкова по-големи са здравните ползи; колкото по-голям е прираста в подобрието на здравния статус (*health state utility increment* - Q), толкова по-големи са здравните ползи; и колкото по-голяма е вероятността (p) за успешен изход от интервенцията, толкова по-големи са очакваните здравни ползи. И накрая, колкото по-голям е броят на пациентите (N), които могат да бъдат лекувани, толкова по-големи са здравните ползи.

Твърдението „колкото повече, толкова по-добре“ по отношение на здравните ползи е не само разумно от интуитивна гледна точка, но се посочва и за една от целите на съвременната здравна политика, а именно „максимизиране на здравните ползи“. Следователно, необходимо условие при измерването на здравните ползи в паричен еквивалент, е да се използва инструмент за оценка, който може да отчита вариациите в размера на здравните ефекти. С други думи, колкото по-големи са T, Q, p и N, толкова по-голяма е паричната стойност на здравната програма.

2) Как се остойносттава?

По принцип, предпочитанията могат да бъдат *разкрити* чрез фактически действия на пазара (покупка), където се осъществява размяната на различни блага с различни характеристики. От друга страна, потребителите могат да *заявят* своите предпочитания чрез избора, който правят отговаряйки на хипотетични въпроси.

По принцип икономистите подкрепят изявените предпочитания, защото те вярват повече на *действителното поведение* на хората, отколкото на това, което те заявяват, че биха направили. Този принцип е добър в случай, че благата се предлагат на пазара. Когато обаче благата, които искаме да оценим, не се предлагат на обикновените пазари, предпочитанията трябва да бъдат разкрити по друг начин. Много рядко могат да се намерят пазарни аналози, чрез които потребителите биха могли да изразят своята оценка за стойността на подобренията в здравния статус.

Що се отнася до извличането на паричната оценка на базата на фактическо поведение на потребителите, *цената на безопасността* се намира някъде по средата между „нормалните блага“ и здравето. На пазара се предлага богат асортимент от стоки за безопасност (напр. по-сигурни коли, детектори за дим) и ако разделим на цената на стоката за безопасност на маргиналното намаление на риска, може да бъде извлечена *имплицитната цена на живота (implicit value of life)*. Сравненията между подобни оценки на абсолютната цена на живота показват огромни различия между различните видове стоки за намаляване на риска (виж Tengs et al., 1995). Следователно, потребителите или са неинформирани за величината на различните начини за намаляване на риска и/или имат много ясно виждане по въпроса как предпочитат да *не умрат*. Друг пазарен аналог, от който може да бъде извлечена паричната стойност на живота е *пазара на труда*, на който се прилага увеличаване на трудовото , като компенсация за приемане на по-голям риск.

За блага, които не са налични на добре функциониращите пазари или за които е трудно да се намерят пазарни аналози, икономистите са разработили методи за конструиране на *хипотетични пазари*. Тези методи се наричат ***методи на вероятностна оценка***, тъй като от респондентите се иска да посочат стойност (цена), която би била истинска при точно определени условия. Вероятностната оценка е обобщаващ термин за различни видове въпроси за хипотетична парична оценка.

Най-широко прилаганата разновидност на методите за вероятностна оценка на здравето и здравните услуги досега е методът **„желание/готовност за плащане“ (WTP)**. Методът се базира на тезата, че благо то има стойност за потребителя само до размера на това, което той е готов да пожертва, за да го придобие. Така че, колкото повече от дохода си е готов да пожертва потребителят, толкова по-висока е стойността на въпросното благо. Следователно, максималното желание за плащане изразява паричната оценка на респондента за благо то.

Логичната начална точка на проучване на желанието за плащане е определяне на обекта на оценка. Ключова концепция тук е *описанието на сценарии*, които обясняват характеристиките на даденото благо. В здравеопазването е важно да се опишат различните видове резултати, например: всякакви подобрения в здравното състояние, неговата продължителност и вероятността за успех.

Ако резултатите се представят в предварителен план от гледна точка на здравното осигуряването, определянето на вероятността от възникването на потребност от здравна услуга е от ключово значение.

Ако резултатите се разглеждат от гледна точка на обществената политика, броят на пациентите, които използват програмата, има важно значение. Освен това, всяко друго описание на процеса трябва да бъде включено, ако се прецени за релевантно. В идеалния случай трябва да бъде предоставена информация за всички атрибути на програмата, за които се счита, че носят полезност, вкл. всички *странични ефекти*, намаляващи полезността. Като ограничение обаче, се явяват познавателните способности на респондентите по отношение на справянето с обема на информацията.

Второто съображение, което е обект на голям интерес, е *форматът на въпросите*, т.е. как трябва да бъдат формулирани въпросите за желанието за плащане. Възможни са четири варианта: 1) *отворени въпроси*, в които всъщност се пита „Колко сте готови да платите?“ без да посочват някаква сума; 2) *затворени въпроси*, в които се пита „Бихте ли желали да платите Х лева?“,

при които X варира в подгрупите и на базата на варирането на дела на положително отговорилите в подгрупите, се изчислява крива на търсенето; 3) *итеративни игри с наддаване*, в които интервюиращият започва с дадена сума и продължава с въпроса дали ще е приемлива по-висока или по-ниска сума в зависимост от отговора на предходния въпрос и 4) *разплащателни карти*, при които са изброени алтернативните цени, обикновено от 0 до даден реалистичен максимум, а от респондентите се иска да заградят сумата, която е най-близо до тяхното максимално желание за плащане. В литературата има много спорове относно това кой е най-добрият и най-точен формат за въпросите. На практика няма значителни разлики в средните стойности, които се получават при различните формати на въпросите.

Проблем при прилагането на метода е, че не отчита размера на благото: хората би трябвало да са готови да платят повече за повече, но има много практически доказателства, че методът „готовност за плащане“ не е чувствителен към размера на намаляването на риска и обхвата на ползата, както и към размера на здравните резултати.

Пример за неуместност на метода и от теоретична гледна точка е фактът, че дори малки лексикални промени в описанията на сценариите могат да имат огромен ефект върху заявеното желание за плащане. Друг проблем, който е установен на практика е, че оценката на респондента за настоящата програма може да повлияе на оценката му за следващата програма.

3) Ценови прагове и нетни парични ползи

Едно от последните приложения на метода „желание за плащане“ е за определяне на изричен **ценови праг** (threshold) за QALY, или стойност, която представлява горен таван за приемлива разходна ефективност или **стойност, която обществото е готово да плати за една QALY**.

В някои страни държавен орган (напр. NICE във Великобритания) определя изрични гранични стойности. Ако инкременталното съотношение „разход-резултат“ (**ICER**) е над граничната стойност, новата програма не се приема. Ако ICER е под прага, програмата получава финасиране с публични средства. Следова-

телно, граничните стойности показват колко е готово да плати обществото за една QALY, т.е. **желанието за плащане на обществото**. В случай, че граничните стойности не са посочени в нормативен акт, те могат да се извлекат от предходни решения на компетентните органи, отговарящи за цените и реимбурсирането на лекарствените продукти и др. В тези случаи най-високото ICER, което е било прието се счита за максималното желание за плащане за една QALY.

Ключови понятия: непарични резултати, парични резултати, подход на човешкия капитал, методи на вероятностна оценка, желание за плащане, ценови праг