

Роль оценки медицинских технологий в системе здравоохранения Канады

С.Ч. Джалалов, Д.Х. Джалалова, Д.С. Хоч

Онкологический комитет провинции Онтарио, г. Торонто, Канада

Система здравоохранения Канады опирается на уникальную комбинацию государственного финансирования и средства частных плательщиков. Оценка медицинских технологий (ОМТ) является научной методологией, которая служит для информирования лиц, принимающих решения по финансированию новых медицинских технологий. Цель данной статьи – представить обзор канадской системы здравоохранения, в частности ее финансирования и включения препаратов в формуляр, а также описать роль ОМТ на федеральном, региональном (провинциальном) и госпитальном уровнях. Канада, как и многие другие страны, при разработке и использовании ОМТ столкнулась с такими проблемами как обмен экономической информацией, своевременность представления данных, независимость регионов в принятии решений и пороги эффективности новых технологий. На основании имеющегося сходства и различий между системами здравоохранения Канады и России авторы делятся своими размышлениями о возможных путях развития ОМТ в переходных экономиках.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: оценка медицинских технологий, система здравоохранения Канады, федеральный и провинциальный уровни, стационар, финансирование, компенсации, включение в формуляр.

Канада является развитой страной с государственным финансированием системы здравоохранения, обеспечивающей среднюю продолжительность жизни населения более 80 лет. Несмотря на огромную территорию (по этому показателю, включающему водные территории, страна находится на втором месте в мире после России) и сложную систему финансирования с участием федеральной власти, провинций и

территорий, государство сумело создать однородную и доступную для жителей систему медицинского обслуживания.

Канада административно делится на 10 провинций и 3 территории (рис. 1). Население страны составляет 35 млн человек, средняя плотность – 3,41 человека на 1 кв. км [1]. Однако около 86 % населения сосредоточено в четырех провинциях (Онта-



Рис. 1. Карта Канады

рио, Квебек, Британская Колумбия и Альберта), расположенных на юге страны вдоль границы с США. Провинции Канады обладают большей автономией, чем территории, в плане управления социальными программами, включающими здравоохранение, образование и социальное обеспечение. Федеральная структура Канады уникальна тем, что совокупный валовой продукт провинций превышает валовой продукт страны (в расчете на душу населения). Канада является одиннадцатой экономикой в мире с валовым внутренним продуктом около 40 тыс. долларов на душу населения [2].

СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАНАДЫ

Система здравоохранения Канады базируется на следующих принципах, закрепленных Актом о здравоохранении Канады (Canada Health Act) от 1984 г.: государственное управление, универсальность, мобильность и доступность. Федеральное правительство определяет общую стратегию развития здравоохранения, следит, чтобы медицинское обслуживание отвечало федеральным стандартам. Непосредственное управление здравоохранением и медицинским обслуживанием населения входит в компетенцию провинций. Их доля в финансировании здравоохранения достигает 94 % [3]. Медицинское обслуживание в Канаде осуществляется докторами, имеющими частную лечебную практику. Государство оплачивает расходы врачей на основании количества осмотренных пациентов. Большое распространение получила практика семейных докторов. Каждый житель Канады имеет лечебную карточку (Health Card), дающую право на бесплатное получение всех видов медицинских услуг, за исключением узких специалистов: стоматолога, оф-

тальмолога, андролога и т.д. Их услуги могут покрываться частными страховыми компаниями, с которыми работодатель заключает договоры на предоставление дополнительных услуг – так называемых бенефитов (benefits). Обычно в бенефиты входит покрытие расходов на рецептурные лекарства. Поскольку почти все расходы на здравоохранение, включая оплату декретных отпусков, производятся за счет государства, доля средств частных страховых компаний в финансировании здравоохранения незначительна, в отличие от США, где основная доля выплат приходится на страхование.

ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАНАДЫ

Система здравоохранения Канады по организации и структуре управления несколько напоминает таковую в бывшем Советском Союзе, однако отличается сильной децентрализацией управления. Государственное финансирование медицины обеспечивается за счет подоходного налога с населения. Исключением является провинция Британская Колумбия, где установлена фиксированная месячная ставка отчислений с жителей. В 2009 г. государство покрыло около 70 % всех расходов на медицину. Расходы на здравоохранение за последние 35 лет увеличились в 3 раза (рис. 2), составив в 2011 г. 12 % от валового внутреннего продукта (ВВП). Наибольшая часть средств (свыше 50 млрд долларов) была направлена на покрытие расходов клиник и больниц, а также на компенсацию стоимости лекарств (более 30 млрд) и на оплату работы врачей (более 27 млрд долларов); в оставшуюся часть вошли административные расходы на управление системой здравоохранения [3].

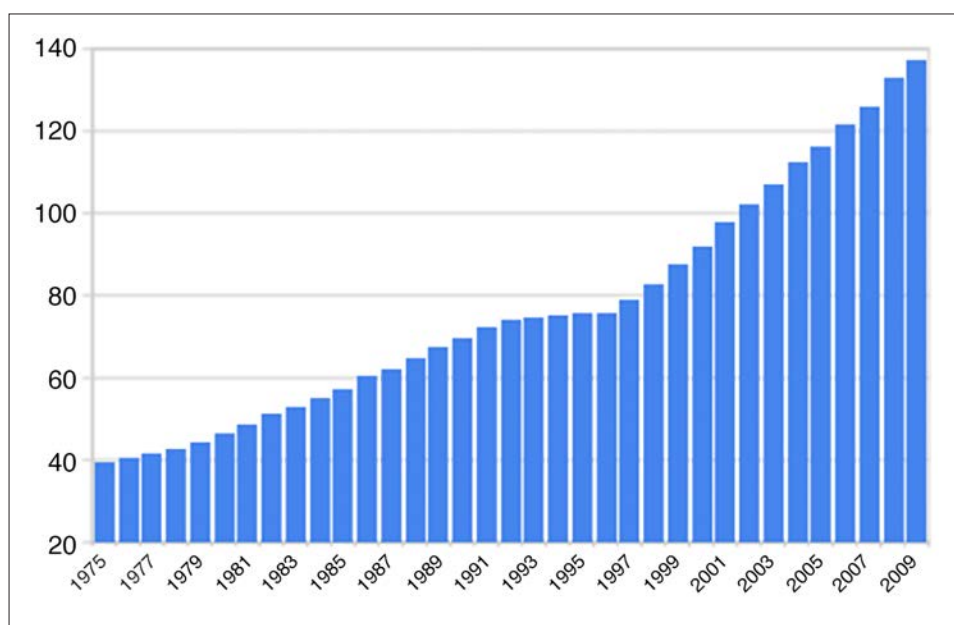


Рис. 2. Расходы на здравоохранение Канады (в канадских долларах 1997 г.)



Рис. 3. Распределение расходов на покупку лекарств (по рецептам) в Канаде в 2009 г. Источник: CIHI, Drug expenditure in Canada, 1985–2009 гг.

Оплата лекарств по рецепту врача осуществляется за счет трех основных плательщиков (рис. 3):

1. За счет государства; производится федеральными и провинциальными органами лицам старше 65 лет и незащищенным слоям населения с минимальным доходом.

2. За счет частных страховых компаний; между работодателем и работником должен быть заключен договор о покрытии затрат самого работника и членов его семьи на услуги и лекарства, не оплачиваемые государством, включая «бенефиты».

3. За счет личных средств; сюда включены незастрахованные лица и члены их семей, безработные, малый бизнес, индивидуальные предприниматели, а также нуждающиеся в лекарствах, не оплачиваемых страховыми компаниями.

В Канаде регулирование ценообразования на лекарства с 2010 г. осуществляется Советом по надзору за стоимостью патентованных лекарств [Patented Medicine Prices Review Board (PMPRB)], в задачу которого входит недопущение слишком высоких цен

на препараты. Следует отметить, что PMPRB не рассматривает результаты фармакоэкономического анализа при определении завышенных цен на лекарства. Ценообразование основано на том, что средняя цена препаратов не должна превышать средние цены, установленные в развитых странах. Цены на лекарства во Франции, Италии, Швеции и Швейцарии ниже, чем в Канаде, тогда как в Германии и Великобритании немного выше, а в США в среднем почти на 11 % выше, чем в Канаде (рис. 4) [4].

На североамериканском континенте широко обсуждается вопрос о том, какая система финансирования здравоохранения является наиболее эффективной: с единым плательщиком (single payer) или со множеством плательщиков (multiple payer). В Канаде используется система единого плательщика в лице государства, тогда как в США – система множественных плательщиков в лице медицинских страховых компаний (Medicare, Medicaid и др.), покрывающих медицинские расходы различных категорий населения. Межстрановой анализ административных расходов на здравоохранение показал, что система со множественными плательщиками намного более затратна по сравнению с единым плательщиком (табл. 1) [5].

Канадские врачи выставляют счет напрямую единому плательщику, что резко сокращает бумажную волокиту. Канадские больницы используют систему глобальных (т.е. рассчитанных обычно на год) бюджетов, составленных на основе прошлогоднего бюджета с учетом будущих затрат по улучшению качества обслуживания. Бюджет раз в году обсуждается и согласовывается с государственными органами, что приводит к сокращению расходов на бухгалтерию, так как нет необходимости учитывать затраты на каждого пациента по страховым полисам. Ученые, проводившие сравнительный анализ, отмечают, что если бы в США использовалась система оплаты еди-

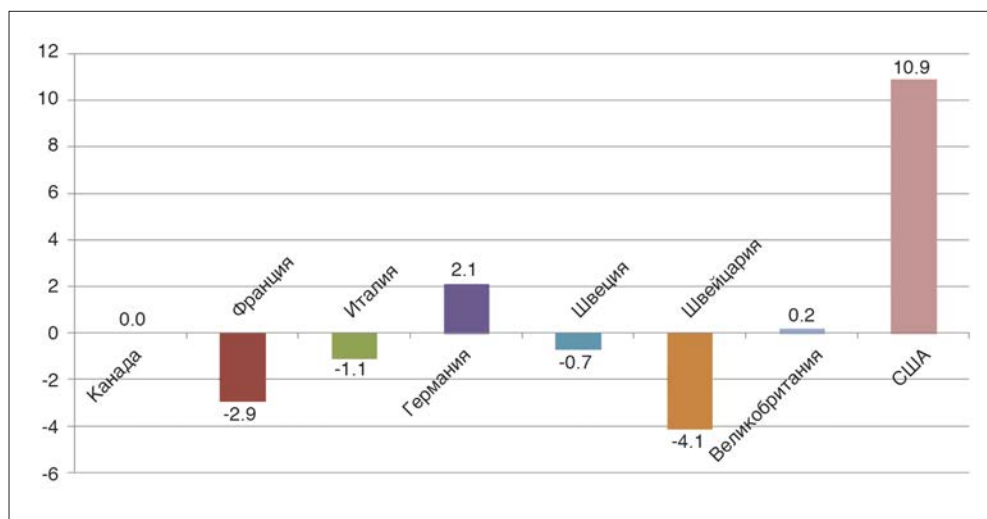


Рис. 4. Ежегодные средние нормы изменения цен в Канаде и в других странах, %. Источник: PMPRB.

Таблица 1. Расходы на медицинское обслуживание в США и в Канаде (1999 г.)

Категории затрат	Расходы на душу населения в долларах США	
	США	Канада
Медицинское страхование	259	47
Затраты на управление медицинским обслуживанием	57	8
Административные затраты больниц	315	103
Административные затраты домов престарелых	62	29
Административные затраты врачей	324	107
Всего	1059	307

Источник: Woolhandler S et al. [5].

ным плательщиком, то за счет сэкономленных административных расходов можно было бы застраховать все население страны [5].

ИНСТИТУТЫ ПО ОЦЕНКЕ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ

Прежде чем перейти к институтам по оценке медицинских технологий (ОМТ) Канады, необходимо определиться с понятием «ОМТ», так как в разных странах даются различные его интерпретации. Согласно формулировке Офиса по оценке технологий США (Office of Technology Assessment, 1994), «ОМТ – это структурированный анализ медицинских технологий, используемый для помощи лицам, принимающим решение» [6]. Канадская формулировка звучит несколько иначе: «ОМТ позволяет определить, какая из технологий клинически эффективна, для кого и каковы ее эффективность и стоимость в сравнении с используемым лечением» [7]. Международная организация НТА International предлагает следующую формулировку: «ОМТ представляет собой область политического анализа данных различных дисциплин, изучающих медицинские экономические, социальные, этические последствия развития, распространения и использования медицинских технологий» [7]. Несмотря на различие формулировок, предложенные определения ОМТ взаимодополняют друг друга, представляя более полное объяснение данного понятия.

В Канаде ОМТ используется на всех уровнях управления здравоохранением: федеральном, провинциальном и местном (уровне стационара).

А. Федеральный уровень ОМТ.

На федеральном уровне ОМТ занимаются несколько крупных организаций: Канадское Агентство по использованию лекарств и технологий в здравоохранении [Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH)], Орган по оценке стандартных



Рис. 5. Решения CDR о включении новых препаратов в формуляр, по данным на январь 2011 г. (N = 170)

Источник: Palmer et al. [8].

лекарств [Common Drug Review (CDR)] и Канадское агентство по оценке онкологических лекарств [pan-Canadian Oncology Drug Review (pCODR)]. CADTH был образован в 1989 г. как независимая некоммерческая организация, финансируемая федеральным и провинциальными правительствами. Это крупнейшая организация, занимающаяся ОМТ в стране, имеющая представительства во всех провинциях и территориях Канады. CDR образован в 2003 г., является составной частью CADTH и непосредственно проводит оценку неонкологических лекарств и медицинского оборудования, а также разрабатывает рекомендации по их включению в формуляры провинций и территорий (за исключением Квебека). Важной задачей этого надзорного органа является сокращение дублирования ОМТ между провинциями и территориями Канады, а также максимальное повышение качества экономической оценки, представляемой лицам, принимающим решения (ЛПР). На рис. 5 показаны результаты решений CDR по 170 лекарствам на январь 2011 г. Из диаграммы видно, что после проведения ОМТ более половины лекарств (51 %) не были рекомендованы для включения в формуляр, а из числа препаратов, получивших положительную оценку, большинство были рекомендованы с ограничениями [8]. Провинции и территории самостоятельно принимают решения по финансированию рекомендуемых технологий.

Канадское агентство по оценке онкологических лекарств (pCODR) было создано весной 2011 г. До этого провинции проводили оценку новых онкологических препаратов самостоятельно. Основной задачей pCODR является определение клинической эффективности лекарств в сопоставлении с затратами на их применение, а также ценности препарата для пациентов и, наконец, обоснованности его внедрения в систему здравоохранения. Оценка онкологических лекарств проводится максимально прозрачным образом и требует от 5 до 8 месяцев.

Б. Провинциальный уровень ОМТ.

Институты и группы ОМТ имеются во всех провинциях и территориях. Среди них следует отметить три крупнейших организации, находящиеся в провинциях Квебек, Онтарио и Альберта [9]. Консультативный комитет провинции Онтарио по медицинским технологиям [The Ontario Health Technology Advisory Committee (ОНТАС)] был создан министерством здравоохранения провинции по инициативе ведущих клиник и больниц. ОНТАС в настоящее время проводит оценку перспективных медицинских технологий в содружестве с клиническими и исследовательскими организациями. В связи с увеличивающимся спросом на ОМТ для лекарств и медицинского оборудования во французской провинции Квебек был организован Национальный институт совершенствования здоровья и социальных услуг [Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)]. При его создании использовался опыт NICE (National Institute of Clinical Excellence) в Великобритании, но в целях усиления влияния ОМТ деятельность Института дополнена социальным компонентом. В провинции Альберта функционирует Институт экономики здравоохранения (Institute of Health Economics). Он является некоммерческой организацией, занимающейся не только ОМТ, но и другими аспектами экономики здравоохранения.

В. ОМТ на уровне стационара.

Группы ОМТ на уровне отдельного стационара в основном создаются на базе университетских клиник. Наибольшее количество таких групп в Квебеке (5), Онтарио (3) и Альберте (2). В мире существуют различные модели ОМТ на уровне больницы. В Канаде в основном используются следующие четыре модели:

- 1) представительская модель (Ambassador Model);
- 2) мини-ОМТ (Mini HTA);
- 3) внутренний комитет (Internal Committee)
- 4) группа по ОМТ (HTA unit) [10].

Представительская модель была впервые использована в Швеции, а в Канаде получила распространение в провинции Альберта. Основная цель данной модели заключается в распространении знаний об ОМТ среди работников больниц.

Мини-ОМТ представляет собой инструментарий для принятия управленческих решений в рамках больницы по внедрению новых технологий, ведения больных, организационных изменений и финансирования. Для этого специалист по ОМТ собирает необходимые данные по больнице, участвует в процессе оценки технологий и информирует руководство, принимающее решение. Модель впервые была использована в Дании и получила широкое распространение в Испании.

Внутренний комитет представляет собой группу специалистов различного профиля, собранных вместе для обзора доказательств и разработки рекомендаций для данной больницы. Эта модель широко ис-

пользуется в больницах США и Австралии. В США комитеты включают представителей администрации, снабженцев, старший и младший медперсонал. Такие комитеты являются консультативными и не имеют права голоса при принятии решений.

Группа ОМТ – наиболее продвинутая модель ОМТ на уровне больницы. Эти группы являются официально организованными структурами с профессионалами, которые представляют высококачественные научные отчеты по ОМТ. Группы ОМТ имеются в США, Канаде, Италии и Франции.

ПРОБЛЕМЫ ОМТ В КАНАДЕ

Проблемы ОМТ в Канаде делятся на две категории: разработка ОМТ и использование ОМТ [11].

Проблемы разработки ОМТ

Фактическая эффективность. Проблема, с которой сталкиваются разработчики ОМТ не только в Канаде, но и во всем мире, – отсутствие данных по фактической или, лучше сказать, практической клинической эффективности лекарств, обусловленное слишком коротким периодом проведения исследований. Данные, полученные в ходе рандомизированных клинических испытаний, как правило, не отражают такие важные аспекты, имеющие место на практике и влияющие на результаты ОМТ, как сопутствующие заболевания, побочные эффекты при одновременном использовании нескольких лекарств и т.д. Немаловажно также, каким образом определены те исходы или результаты, на основании которых фармакологическим компаниям может быть предъявлен иск о компенсации ущерба. Очень часто в моделях используются суррогатные показатели, такие как снижение артериального давления или выживаемость, в то время как в Канаде рекомендуется использовать показатель качества жизни.

Сопоставимость экономических показателей. Для оценки новых технологий необходимы данные по клинической эффективности и затратам. Если данные по клиническим показателям универсальны и могут быть перенесены из одной страны в другую, то с затратами это сделать довольно сложно, поскольку они зависят от управления, структуры и методов финансирования системы здравоохранения, а также от клинических стандартов, используемых в стране. Простая конвертация произведенных в той или иной стране затрат в канадские доллары проблемы не решает. В качестве решения предлагается проводить анализ чувствительности¹ для определения возможных неопределен-

¹ Анализ чувствительности – это определение степени влияния того или иного параметра на результаты модели. Если изменение параметра «затраты» не ведет к большим изменениям результатов, то модель нечувствительна к этому параметру. Однако если модель чувствительна к затратам, необходимо рассчитать неопределенность, т.е. отклонения, создаваемые этим параметром.

ностей. Рекомендуется также использовать источники, которые наиболее полно отражают канадский контекст, а именно – государственное управление здравоохранением в экономически развитой стране.

Своевременность представления данных. Работчиков ОМТ в Канаде, как и во всем мире, критикуют за чрезмерную длительность процесса проведения ОМТ (часто больше года). Для того чтобы решить эту проблему, CADTH создало Информационную службу по оценке технологий, которая может обеспечить ЛПРов информацией в течение 1–30 дней в зависимости от срочности. Кроме того, в провинциях Онтарио и Альберта были созданы структуры, позволяющие подготовить результаты ОМТ в течение 2–3 месяцев [11].

Использование ОМТ

Использование ОМТ и инноваций. В медицинской среде распространено мнение, что ОМТ является своего рода барьером для проникновения новых технологий в систему здравоохранения. Объясняется это тем, что ОМТ рассматривает финансово-экономический аспект внедрения новой технологии, часто игнорируемый медицинскими работниками. Если же разобраться, то ОМТ, напротив, способствует внедрению инноваций в медицину за счет отсева неэффективных технологий.

Прозрачность в принятии решений. Отсутствие прозрачности в принятии решений имеет место во многих развитых странах, включая Канаду. Один из методов борьбы с этим явлением – представление на веб-сайте организации подробного отчета, где объясняется, на основании каких факторов было принято то или иное решение. Другой метод – включение общественных представителей в комитеты, где это решение принимается, что уже используется в CDR и NICE.

Независимость регионов в принятии решений. Как было отмечено выше, в Канаде решение по включению препарата в формуляр принимается на уровне провинций и территорий, что приводит к неравномерному доступу к лекарствам. В результате многие пациенты вынуждены переезжать с насиженных мест. CADTH пытается решить эту проблему через создание форумов, где ЛПРы из разных провинций могут обсудить насущные проблемы и согласовать внедрение новых технологий.

Политика. Политические процессы, общественное мнение и различные лобби оказывают воздействие на принятие решений по новым технологиям в медицине, несмотря на декларации о приоритете доказательной медицины.

Пороги экономической целесообразности применения новых технологий. Это один из наиболее дискутируемых вопросов в фармакоэкономике. До

сих пор не обоснован порог эффективности в \$50,000/QALY и неизвестно, насколько ЛПРы используют его на практике [11].

Проблемы ОМТ в больницах

Ограниченность во времени. Время, за которое необходимо провести ОМТ, зависит от контекста принимаемого решения. Проблема состоит в том, что нужно соблюдать баланс между качеством научных изысканий и оперативной необходимостью. Группа ОМТ MUNC (McGill University Health Centre) в Квебеке затрачивала на разработку ОМТ в среднем от трех до четырех месяцев [10].

Устаревание рекомендаций, основанных на ОМТ, может быть вызвано как высокой скоростью научно-технического прогресса, так и большим промежутком времени между разработкой рекомендации и внедрением новой технологии.

Слабое знание рекомендуемых инноваций сокращает их влияние на практике. Чтобы избежать этого, необходимо заранее разработать стратегию распространения инноваций в больницах. Одним из элементов этой стратегии может быть создание веб-сайта больничных ОМТ.

Угроза инновациям. Как было отмечено выше, на национальном и провинциальном уровнях, а также на уровне больниц ОМТ часто рассматривается как угроза инновациям. Администрация больниц особенно чувствительна к замене технологий, от использования которых получала доход. Выходу из таких ситуаций способствуют вовлечение заинтересованных лиц в процесс оценки медицинских технологий уже на самом начальном его этапе, а также пропаганда и распространение знаний об ОМТ [10].

ПРИМЕНИМОСТЬ КАНАДСКОГО ОПЫТА ОМТ В РОССИИ

Прежде чем рассматривать возможность применения канадского опыта ОМТ в России, следует назвать причины, определившие широкое использование ОМТ в развитых странах. Таких причин несколько. Во-первых, ОМТ является надежным инструментом для эффективного распределения ресурсов, в первую очередь финансов, в условиях их нарастающего дефицита. Во-вторых, ОМТ позволяет из нескольких инновационных технологий выбрать наиболее эффективную экономически и клинически, что, в свою очередь, стимулирует внедрение инноваций в медицину. В-третьих, хотя результаты ОМТ являются не единственным фактором при принятии решений, государство заинтересовано в инвестициях в развитие ОМТ, поскольку получаемые в итоге выгоды намного превышают расходы. Указанные доводы дают основание считать, что накопленный в Канаде опыт использования ОМТ может быть полезен для России.

Существуют как определенные черты сходства, так и значительные различия между системами здравоохранения Канады и России. К сходным характеристикам следует отнести финансирование системы здравоохранения посредством единого плательщика в лице государства, значительную роль региональных образований в принятии решений о компенсации стоимости лекарств и слабое участие страховых компаний в финансировании медицины. К различиям относятся, прежде всего, размеры расходов на здравоохранение (в % ВВП) и качество медицинского обслуживания, а также инфраструктура здравоохранения, уровень развития частной практики семейных врачей, доступность лекарств и, наконец, механизмы принятия решений по включению новых препаратов в формуляр.

В настоящее время в России ОМТ не используется при принятии решений о компенсации стоимости лечения. В стране имеются несколько групп специалистов, продвигающих ОМТ, однако нет официальной структуры, разрабатывающей рекомендации для ЛПРов. Опыт развитых стран показывает, что практическое использование ОМТ в здравоохранении начинается лишь тогда, когда в среде медицинских работников и администрации сформировалась «критическая масса» понимания (critical mass of understanding) значимости ОМТ при принятии решений. Поэтому на первоначальном этапе внедрения ОМТ большую роль играет распространение знаний по этому вопросу среди специалистов. Одновременно следует организовывать пилотные проекты с целью внедрения различных моделей использования ОМТ в тех регионах и больницах, где руководство уже готово проводить подобные эксперименты. Возможен вариант тестирования ОМТ на примере узкой группы лекарств, предпочтительно онкологических, поскольку такие препараты чрезвычайно дороги, требуют значительных ресурсов и должны в основном субсидироваться государством. Бесспорно, помощь иностранных экспертов, включая канадских, обладающих опытом применения ОМТ на различных уровнях, будет полезна и своевременна. Как показывает опыт развивающихся стран (Мексики, Бразилии, Южной Кореи и т. д.), государство в конечном итоге становится заинтересованным в использовании ОМТ. Следует иметь в виду, что внедрение ОМТ в систему здравоохранения – долгий и трудоемкий процесс, требующий определенных обязательств со стороны государства.

Одним из наиболее важных уроков, почерпнутых из опыта Канады, является то, что в случае если процесс ОМТ не помогает ответственным лицам принимать решение, его следует пересмотреть. Так произошло с оценкой онкологических препаратов, когда,

столкнувшись с подобной ситуацией, канадские власти создали новую систему проведения оценок этих препаратов – pCODR. В результате процесс ОМТ стал более прозрачным и отвечающим интересам не только руководителей, но и пациентов, врачей и фармоиндустрии, заставив их по-новому пересмотреть ценности, связанные со здоровьем.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Различия в использовании ОМТ в разных странах определяются особенностями их системы здравоохранения, политического устройства и медицинского обслуживания. Однако, несмотря на все межстрановое разнообразие, условия проведения ОМТ остаются универсальными: это тщательная научная оценка имеющихся клинических доказательств и разработка прозрачной, справедливой, предсказуемой и эффективной процедуры ОМТ [12].

ЛИТЕРАТУРА

1. Canada, Geography, Wikipedia <http://en.wikipedia.org/wiki/Canada>
2. World Economic Outlook Database-October 2012, International Monetary Fund. <http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2012/02/weodata/index.aspx> Accessed on 10 October 2012.
3. Health care in Canada. Economics http://en.wikipedia.org/wiki/Health_care_in_Canada
4. Patented Medicine Prices Review Board ANNUAL REPORT 2011. <http://www.pmprb-cepmb.gc.ca/english/view.asp?x=1625&mid=1548> Assessed on Feb 27 2013.
5. Woolhandler S, Campbell T, Himmelstein D. Costs of Health Care Administration in the United States and Canada. *N Engl J Med.* 2003; 349: 768–775.
6. HTA1: Introduction to Health Technology Assessment. United States National Library of Medicine. <http://www.nlm.nih.gov/nichsr/hta101/ta10103.html>
7. Goodman C. HTA1: Introduction to Health Technology Assessment, by United States National Library of Medicine, January 2004. <http://www.nlm.nih.gov/nichsr/hta101/hta101.pdf>
8. Plamer N. Pricing and reimbursement in Canada: Overview. Presentation at Pharma Pricing and Market Access Outlook, Europe 2011. London UK, March 2011.
9. Battista R.N., Côté B., Hodge M.J., Husereau D. Health technology assessment in Canada. *Int J Technol Assess Health Care.* 2009 July; 25 Suppl 1: 53–60.
10. Gagnon M. Opportunities to promote efficiency in hospital decision-making through the use of health technology assessment. CHSRF Series of Reports on Cost Drivers and Health System Efficiency: Paper 7 www.chsrf.ca
11. Menon D., Stafinski T. Health technology assessment in Canada: 20 Years Strong? *Value in Health* 2009, June; Vol 12, Supplement 2, S14–19.
12. Neumann P.J. Lessons for health technology assessment: It is not only about the evidence. *Value in Health* 2009, June; Vol 12 Supplement 2, S45–48.

Сведения об авторах:

Джалалов Санджар Чингизович

старший аналитик, Фармакоэкономическая группа Онкологического комитета провинции Онтарио, д-р экон. наук

Джалалова Дильфуза Хамидовна

научный ассистент, Фармакоэкономическая группа Онкологического комитета провинции Онтарио, канд. пед. наук

Джефри Стюарт Хоч

директор Фармакоэкономической группы Онкологического комитета провинции Онтарио, Профессор Университета Торонто, Ph. D

Адрес для переписки:

30 Bond Street, St. Michael Hospital, Health Economics Department
M5B 1W8 Toronto Canada
416-864-6060 ext. 2194
E-mail: HochJ@smh.ca; sandjar.djalalov@cancercare.on.ca

INTERNATIONAL EXPERIENCE**The Role of HTA in Canadian Health Care****S.C. Djalalov, D.K. Djalalova, J.S. Hoch**

Canada's health care system is an exceptional mixture of public financing and private payers. Health Technology Assessment (HTA) is a policy oriented form of research focused on informing decision makers about the financing of health services and the reimbursement of new health technologies. The purpose of this paper is to provide an overview of Canadian health care and its financing and to describe the role of HTA on federal, provincial and hospital levels. Canada and many other countries face HTA production and utilization issues such as transferability of economic information, timeliness, independence, and effectiveness thresholds. Based on the similarities and differences between Canadian and Russian health care systems, the authors share some thoughts about potential ways to develop HTA in transition economies.

KEYWORDS: Health Technology Assessment; Canadian Health Care; federal, provincial and hospital levels, financing, reimbursement, formulary listing.