

PHÂN TÍCH CHI PHÍ HIỆU QUẢ CỦA ROFLUMILAST KHI BỔ SUNG VÀO PHÁC ĐỒ PHỐI HỢP BỘ BA LABA/LAMA/ICS Ở NGƯỜI BỆNH COPD NẶNG VÀ RẤT NẶNG TẠI VIỆT NAM

Nguyễn Thị Quỳnh Nga¹, Lê Đặng Tú Nguyên¹, Nhan Trí Phát²,
Trần Thị Ngọc Vân², Nguyễn Thu Thảo³, Trần Thị Hồng Nguyên¹,
Nguyễn Dương Duy Khoa¹, Nguyễn Thị Hải Yến¹, Phạm Đình Luyến¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích chi phí hiệu quả của Roflumilast khi bổ sung vào phác đồ phối hợp bộ ba LABA/LAMA/ICS, so với phác đồ phối hợp bộ ba LABA/LAMA/ICS ở người bệnh COPD nặng và rất nặng tại Việt Nam. **Phương pháp nghiên cứu:** Phương pháp mô hình hóa sử dụng mô hình Markov gồm ba trạng thái chính: COPD nặng, COPD rất nặng, và tử vong. Nghiên cứu được thực hiện dưới quan điểm Bảo hiểm Y tế, khung thời gian phân tích 30 năm với chu kỳ 1 tháng. **Kết quả:** LABA/LAMA/ICS/Roflumilast có giá trị ICER là 168.577.946 VND/QALY tăng thêm so với phác đồ LABA/LAMA/ICS. Tuổi đầu vào mô hình, tần số chuyển từ trạng thái nặng sang rất nặng trong mỗi chu kỳ (tháng) đối với nhóm điều trị với LABA/LAMA/ICS/Roflumilast, tỷ lệ chiết khấu hiệu quả và chi phí, tỷ lệ tử vong chuẩn hóa cho trạng thái COPD nặng là những yếu tố ảnh hưởng nhiều nhất đến chi phí hiệu quả. Phân tích độ nhạy xác suất cho thấy với ngưỡng chi trả đề xuất bởi WHO là ba lần GDP bình quân đầu người, LABA/LAMA/ICS/Roflumilast có xác suất đạt chi phí hiệu quả là 100% so với LABA/LAMA/ICS. **Kết luận:** Từ quan điểm của cơ quan chi trả, bổ sung Roflumilast vào phác đồ LABA/LAMA/ICS đạt chi phí hiệu quả so với LABA/LAMA/ICS ở người bệnh COPD nặng và rất nặng tại Việt Nam.

Từ khóa: Roflumilast, người bệnh COPD nặng và rất nặng, chi phí-hiệu quả, Việt Nam

SUMMARY

COST-EFFECTIVENESS ANALYSIS OF ROFLUMILAST AS AN ADD-ON TO TRIPLE INHALED THERAPY LABA/LAMA/ICS VS LABA/LAMA/ICS IN PATIENTS WITH SEVERE AND VERY SEVERE COPD IN VIETNAM

Objectives: Cost-effectiveness analysis of Roflumilast as an add-on to triple inhaled therapy LABA/LAMA/ICS vs triple inhaled therapy in patients with severe and very severe COPD in Vietnam. **Research methods:** A probabilistic Markov cohort model was developed, including three main states:

severe COPD, very severe COPD, and death. This study was carried out from the Social Health Insurance perspective, with the base case time horizon being 30 years and a one-month cycle. **Results:** The incremental cost-effectiveness ratio (ICER) for LABA/LAMA/ICS/Roflumilast was 168,577,946 VND/QALY compared with triple inhaled therapy. Input parameters including the cohort's starting age, the monthly transition probability from severe to very severe COPD in patients receiving LABA/LAMA/ICS/Roflumilast, discount rate for effectiveness and cost, and standardized mortality rate in patients with severe COPD influenced the overall cost-effectiveness the most. LABA/LAMA/ICS/Roflumilast had a 100% probability of being cost-effective at the threshold of 3 times GDP per capita as recommended by WHO. **Conclusion:** From the payer perspective, Roflumilast as an add-on to triple inhaled therapy LABA/LAMA/ICS was a cost-effective treatment option compared with triple therapy LABA/LAMA/ICS for patients with severe or very severe COPD in Vietnam.

Keywords: Roflumilast, severe and very severe COPD, Cost-effectiveness analysis, Vietnam.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) là một bệnh phổ biến và có xu hướng gia tăng nhanh chóng đặc biệt là ở các nước đang phát triển. COPD thường tiến triển và liên quan đến phản ứng viêm mạn tính tăng cường trong đường thở và phổi [1]. Các yếu tố nguy cơ của COPD bao gồm hút thuốc lá (chủ động và thụ động), tuổi, giới tính, tăng trưởng/phát triển phổi, phơi nhiễm với các chất kích thích trong môi trường, và các khiếm khuyết di truyền [1].

Trong điều trị COPD, hai thuốc thường được sử dụng là thuốc cường beta2 tác dụng kéo dài (Long-acting beta2-agonists - LABA) và thuốc kháng muscarinic tác dụng kéo dài (Long-acting muscarinic antagonist - LAMA). Với trường hợp COPD mức độ nặng và rất nặng, có thể bổ sung thêm corticosteroid dạng hít (Inhaled corticosteroid - ICS). Tuy vậy, dù đã được điều trị với phối hợp bộ ba LABA/LAMA/ICS thì một số người bệnh vẫn xuất hiện đợt cấp COPD, ảnh hưởng đến sức khỏe và chất lượng sống. Tại Việt Nam, Roflumilast đã được cấp số đăng ký từ năm 2016 và đưa vào sử dụng từ tháng 7 năm 2020 và hỗ trợ cải thiện hiệu quả điều trị ở nhóm

¹Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

²Công ty TNHH AstraZeneca Việt Nam

³Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Quỳnh Nga

Email: nguyenthiquynhnga@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.3.2023

Ngày duyệt bài: 29.3.2023

người bệnh này. Chính vì vậy, nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu *Phân tích chi phí hiệu quả của Roflumilast khi bổ sung vào phác đồ phối hợp bộ ba LABA/LAMA/ICS, so với phác đồ phối hợp bộ ba LABA/LAMA/ICS ở người bệnh COPD nặng và rất nặng tại Việt Nam.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu là quần thể người bệnh COPD từ nặng đến rất nặng (dự đoán FEV1 <50%) và ≥2 đợt cấp COPD vừa hoặc nặng trong năm trước dựa trên những đặc điểm dân số của nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng đối chứng ngẫu nhiên REACT so hai sánh can thiệp LABA/ICS/Roflumilast ± LAMA với LABA/ICS ± LAMA [2]. Trong nghiên cứu này, mô hình tập trung vào những người bệnh trong nghiên cứu REACT có phác đồ điều trị bao gồm LAMA [2], với một số điều chỉnh cho phù hợp với dân số Việt Nam bao gồm tỷ lệ nam nữ [3], chiều cao trung bình theo giới [4], và tuổi trung bình của dân số COPD tại Việt Nam [3].

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu phân tích kinh tế được bằng phương pháp mô hình hóa sử dụng mô hình Markov gồm ba trạng thái: COPD nặng, COPD rất nặng, và Tử vong. Hình 1 mô tả cấu trúc của mô hình sử dụng trong nghiên cứu. Mô hình này đã được xây dựng và thẩm định bởi các chuyên gia nên đảm bảo mức độ tin cậy và khoa học của vào mô hình [5, 6].

Các trạng thái COPD trong mô hình được xác định theo định nghĩa của GOLD về chức năng phổi - sử dụng giá trị dự đoán FEV1 sau khi giãn phế quản so với dân số. Ngưỡng giá trị dự đoán FEV1 sau khi giãn phế quản dưới 50% được định nghĩa là COPD nặng, dưới 30% là COPD rất nặng. Mô hình sử dụng chu kỳ ngắn (1 tháng), do đó phương pháp điều chỉnh nửa chu kỳ không được áp dụng.



Hình 1. Cấu trúc mô hình Markov

Nghiên cứu này được thực hiện với quan điểm cơ quan chi trả (BHYT), với khung thời gian phân tích là 30 năm, tỷ lệ chiết khấu 3% và có thể xem như phân tích toàn bộ thời gian sống của người bệnh.

Dữ liệu đầu vào của mô hình. Nghiên cứu tiến hành tổng hợp dữ liệu đầu vào của mô hình bao gồm: (i) Đặc điểm dân số trong phân tích nền; (ii) dữ liệu về tần số chuyển từ trạng thái COPD nặng sang rất nặng; (iii) dữ liệu về hiệu quả (gồm: tỷ lệ đợt cấp COPD; tỷ lệ tử vong; chất lượng sống liên quan đến sức khỏe) và (iv) các thông số về chi phí từ các nghiên cứu và nguồn dữ liệu liên quan. Cụ thể về các tham số đưa vào mô hình được trình bày chi tiết trong Bảng 1.

Bảng 1. Danh sách các tham số đưa vào mô hình phân tích chi phí hiệu quả

Tham số	Giá trị
(i) Đặc điểm dân số trong phân tích nền	
Tuổi bắt đầu	70,1
Chiều cao trung bình (TB) theo giới	Nam: 168,1 cm Nữ: 156,2 cm
Tỷ lệ nam	78,2%
Giá trị FEV ₁ TB của người bệnh khi bắt đầu	40
(ii) Dữ liệu về tần số chuyển từ trạng thái COPD nặng sang rất nặng	
Thời gian TB dự đoán đến COPD rất nặng trong trường hợp sử dụng phác đồ bộ ba LABA/LAMA/ICS	6,33 năm
Tần số chuyển từ trạng thái COPD nặng đến rất nặng hàng tháng trong trường hợp sử dụng phác đồ bộ ba LABA/LAMA/ICS	1,32%
Thời gian TB dự đoán đến COPD rất nặng trong trường hợp sử dụng phác đồ bộ ba LABA/LAMA/ICS phối hợp Roflumilast	7,58 năm
Tần số chuyển từ trạng thái COPD nặng đến rất nặng hàng tháng trong trường hợp sử dụng phác đồ bộ ba LABA/LAMA/ICS phối hợp Roflumilast	1,1%.
Mức độ cải thiện chức năng phổi của phổi hợp LABA/LAMA/ICS/Roflumilast sau 52 tuần theo dõi so với LABA/LAMA/ICS	56 ml (38-73)
(iii) Tỷ lệ đợt cấp COPD	
Tỷ lệ đợt cấp COPD mức độ trung bình (MĐTB) ở những người bệnh được điều trị	0,84 (0,77-0,92)

bằng liệu pháp bộ ba LABA/LAMA/ICS (95% CI)	
Tỷ lệ đợt cấp COPD mức độ nặng ở những người bệnh được điều trị bằng liệu pháp bộ ba LABA/LAMA/ICS (95% CI)	0,37 (0,32-0,43)
Tỷ lệ đợt cấp COPD MĐTB ở những người bệnh được điều trị bằng liệu pháp bộ ba LABA/LAMA/ICS + Roflumilast (95% CI)	0,77 (0,70-0,85)
Tỷ lệ đợt cấp COPD mức độ nặng ở những người bệnh được điều trị bằng liệu pháp bộ ba LABA/LAMA/ICS + Roflumilast (95% CI)	0,32 (0,27-0,37)
Tỷ lệ đợt cấp COPD MĐTB ở những người bệnh có ≥ 1 lần nhập viện trước khi điều trị bằng liệu pháp bộ ba LABA/LAMA/ICS (95% CI)	0,77 (0,65-0,91)
Tỷ lệ đợt cấp COPD mức độ nặng ở những người bệnh có ≥ 1 lần nhập viện trước khi điều trị bằng liệu pháp bộ ba LABA/LAMA/ICS (95% CI)	0,73 (0,60-0,89)
Tỷ lệ đợt cấp COPD MĐTB ở những người bệnh có ≥ 1 lần nhập viện trước khi điều trị bằng liệu pháp bộ ba LABA/LAMA/ICS + Roflumilast (95% CI)	0,66 (0,56-0,79)
Tỷ lệ đợt cấp COPD mức độ nặng ở những người bệnh có ≥ 1 lần nhập viện trước khi điều trị bằng liệu pháp bộ ba LABA/LAMA/ICS + Roflumilast (95% CI)	0,48 (0,39-0,60)
Giá trị FEV ₁ giảm mỗi năm của người bệnh COPD, mL (\pm SEM)	52 (\pm 0,08)
(iii) Tỷ lệ tử vong	
Tỷ lệ tử vong chuẩn hóa (không bao gồm tử vong tại bệnh viện) đối với người bệnh ở trạng thái COPD nặng (SEM; 95% CI)	2,5 (0,62; 1,4-3,9)
Tỷ lệ tử vong chuẩn hóa (không bao gồm tử vong tại bệnh viện) đối với người bệnh ở trạng thái COPD rất nặng (SEM; 95% CI)	3,85 (0,76; 2,5-5,5)
Tỷ lệ tử vong do đợt cấp COPD nặng	19,2% (\pm 0,09%)
(iii) Chất lượng sống liên quan đến sức khỏe	
Hệ số chất lượng sống cho trạng thái COPD nặng (SEM; 95% CI)	0,81 (\pm 0,03)
Hệ số chất lượng sống cho trạng thái COPD rất nặng (SEM; 95% CI)	0,6 (\pm 0,04)
Hệ số suy giảm chất lượng sống do đợt cấp COPD mức độ trung bình (SEM; 95% CI)	-0,010 (0,007; -0,024, 0,004#)
Hệ số suy giảm chất lượng sống do đợt cấp COPD mức độ nặng (SEM; 95% CI)	-0,042 (0,009; -0,060, -0,024)
(iv) Các thông số về chi phí (CP)	
CP hàng tháng của Roflumilast, VND ^a	889.687
CP hàng tháng của ICS/LABA, VND ^a	460.715
CP hàng tháng của LAMA, VND ^a	499.790
CP duy trì hàng tháng đối với trạng thái COPD nặng, VND ^b	235.197
CP duy trì hàng tháng đối với trạng thái COPD rất nặng, VND ^b	235.197
CP trung bình của đợt cấp COPD mức độ trung bình, VND ^b	625.112
CP trung bình của đợt cấp COPD mức độ nặng, VND ^b	12.176.179

Phân tích chi phí-hiệu quả. Kết quả phân tích chi phí-hiệu quả là chi phí tăng thêm và hiệu quả tăng thêm của Roflumilast khi bổ sung vào phác đồ phối hợp bộ ba LABA/LAMA/ICS, so với phác đồ phối hợp bộ ba LABA/LAMA/ICS ở người bệnh COPD nặng và rất nặng. Từ đó, chỉ số chi phí-hiệu quả tăng thêm ICER (Incremental cost-effectiveness ratio) được tính toán.

$$\text{Chi phí}_{\text{LABA/LAMA/ICS/Roflumilast}} - \text{Chi phí}_{\text{LABA/LAMA/ICS}}$$

$$\text{Hiệu quả}_{\text{LABA/LAMA/ICS/Roflumilast}} - \text{Hiệu quả}_{\text{LABA/LAMA/ICS}}$$

Phân tích độ nhạy. Nghiên cứu tiến hành phân tích độ nhạy một chiều, phân tích độ nhạy xác suất:

Phân tích độ nhạy một chiều: mỗi biến số được điều chỉnh dựa trên giá trị 95% KTC, hoặc

tăng/giảm 20% so với phân tích nền (khi không có dữ liệu 95% KTC), hoặc dựa trên giới hạn trên và giới hạn dưới tiêu chuẩn với điều kiện giữ nguyên giá trị các biến số còn lại.

Phân tích độ nhạy xác suất (PSA) lấy mẫu ngẫu nhiên các giá trị tham số từ một phân phối xác suất theo lý thuyết, sử dụng phương pháp mô phỏng Monte Carlo với 10000 vòng lặp.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Phân tích chi phí-hiệu quả. Dựa trên quan điểm của cơ quan chi trả, kết quả phân tích nền cho thấy phác đồ LABA/LAMA/ICS có chi phí và hiệu quả lần lượt là 98.621.180 VND và 3,93 QALYs. Phác đồ LABA/LAMA/ICS/Roflumilast có chi phí và hiệu quả lần lượt là 164.851.447 VND

và 4,32 QALYs. So với phác đồ LABA/LAMA/ICS, LABA/LAMA/ICS/Roflumilast có chi phí tăng thêm là 66.230.266 VND và hiệu quả tăng thêm là 0,39 QALYs. Giá trị ICER tương ứng là 168.577.946 VND/QALY tăng thêm (xem Bảng 2). Với ngưỡng chi trả được đề xuất bởi WHO là

ba lần giá trị thu nhập bình quân đầu người cho một QALY tăng thêm, tương đương 258,2 triệu VND/QALY tăng thêm tại Việt Nam, việc bổ sung Roflumilast vào phác đồ bộ ba LABA/LAMA/ICS trong điều trị COPD nặng và rất nặng đạt chi phí hiệu quả tại Việt Nam.

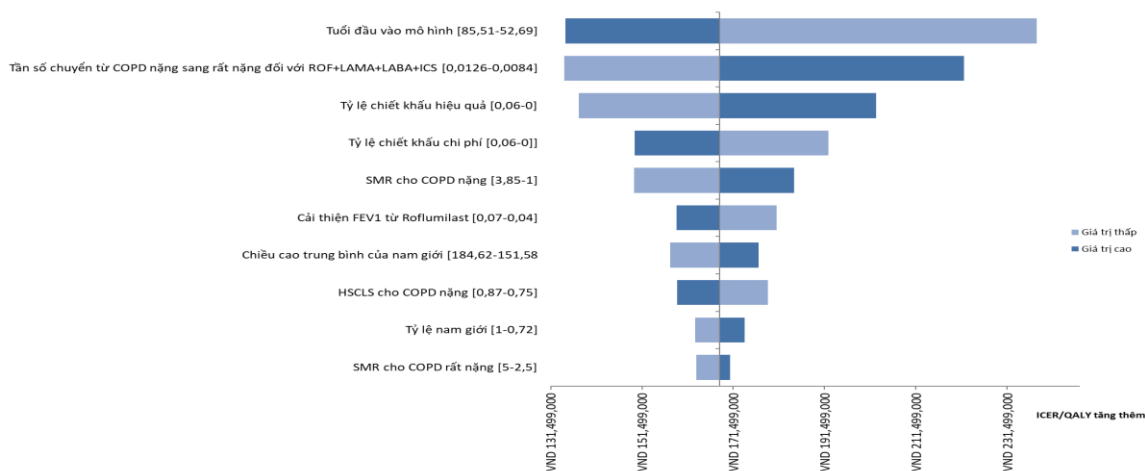
Bảng 2. Kết quả phân tích chi phí hiệu quả (phân tích nền)

	LABA/LAMA/ICS	LABA/LAMA/ICS/Roflumilast	Giá trị tăng thêm
Chi phí (VND)			
CP thuốc*	63.318.481	132.863.611	69.545.130
CP đợt cấp COPD	19.387.289	14.661.357	-4.725.931
CP điều trị duy trì	15.504.697	16.889.686	1.384.989
CP biến cố có hại	410.714	436.793	26.079
Tổng chi phí	98.621.180	164.851.447	66.230.266
Hiệu quả			
Tổng số năm sống	5,49	5,98	0,49
Tổng số QALYs	3,93	4,32	0,39
ICER/QALY			168.577.946

Ngoài ra, số đợt cấp nặng giảm rõ rệt ở nhóm LABA/LAMA/ICS/Roflumilast so với nhóm LABA/LAMA/ICS, số đợt cấp mức độ trung bình giảm ở nhóm LABA/LAMA/ICS/Roflumilast so với nhóm LABA/LAMA/ICS trong giai đoạn đầu của mô hình. Diễn tiến qua các trạng thái theo thời gian của quần thể người bệnh khá tương đồng, so với LABA/ LAMA/ ICS, LABA/ LAMA/ ICS/

Roflumilast giúp làm chậm thời gian tiến triển từ trạng thái COPD nặng sang trạng thái COPD rất nặng, đồng thời làm chậm tiến triển sang trạng thái tử vong.

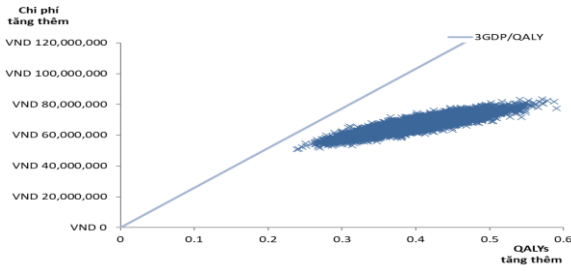
3.2. Phân tích độ nhạy một chiều. Trong tất cả trường hợp, giá trị ICER vẫn nằm dưới ngưỡng chi trả theo đề xuất của WHO.



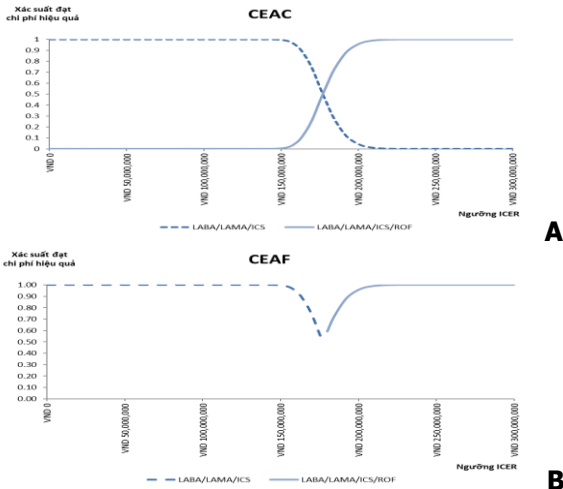
Hình 2. Biểu đồ Tornado – Phân tích độ nhạy một chiều

3.3. Phân tích độ nhạy xác suất. Kết quả phân tích độ nhạy xác suất PSA sử dụng phương pháp Monte-Carlo với 10.000 vòng lặp với giá trị ICER/QALY tăng thêm trong phân tích độ nhạy xác suất là 167.622.505 168.399.619 VND (95% KTC: 147.997.030-193.216.777). Hình 3 trình bày kết quả phân tích độ nhạy xác suất trên mặt phẳng chi phí hiệu quả. Với ngưỡng chi trả được đề xuất bởi WHO là ba lần giá trị thu nhập bình

quân đầu người cho một QALY tăng thêm, tương đương 258,2 triệu VND/QALY tăng thêm tại Việt, LABA/LAMA/ICS/Roflumilast so với LABA/LAMA/ICS có xác suất đạt chi phí hiệu quả là 100%. Đường cong chấp nhận chi phí hiệu quả và đường biên chấp nhận chi phí hiệu quả của LABA/LAMA/ICS/ Roflumilast so với LABA/LAMA/ICS được trình bày chi tiết trong Hình 4.



Hình 3. Biểu đồ phân tán chi phí hiệu quả tăng thêm của LABA/LAMA/ICS/Roflumilast so với LABA/LAMA/ICS



Hình 4. (A) Đường cong chấp nhận chi phí hiệu quả (CEAC) của LABA/LAMA/ICS/ Roflumilast so với LABA/LAMA/ICS; (B) Đường biên chấp nhận chi phí hiệu quả (CEAF) của LABA/LAMA/ICS/ Roflumilast so với LABA/LAMA/ICS

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu thực hiện phân tích chi phí hiệu quả của việc bổ sung Roflumilast vào phác đồ bộ ba LABA/LAMA/ICS trong điều trị COPD nặng và rất nặng tại Việt Nam. Kết quả nghiên cứu đã chứng minh được phác đồ này đạt chi phí hiệu quả so với LABA/LAMA/ICS tại Việt Nam. Kết quả này tương tự với các nghiên cứu phân tích kinh tế dược khác trên thế giới [2], [6],[7]. Với ngưỡng chi trả là 70.000 CHF/QALY tăng thêm, nghiên cứu tại Thụy Sĩ cho thấy xác suất Roflumilast đạt chi phí hiệu quả lần lượt là 79%, 96%, 96% khi Roflumilast lần lượt được bổ sung vào phác đồ LAMA, LABA/ICS, hoặc LAMA + LABA/ICS [3]. Một số nghiên cứu thực hiện tại Anh đều cung cấp bằng chứng về chi phí hiệu quả của việc kết hợp Roflumilast vào phác đồ ICS/LABA + LAMA so với ICS/LABA + LAMA [5,7]. Với thiết kế và mục tiêu nghiên cứu tương tự báo cáo này, nghiên cứu năm 2018 thực hiện

bởi Kiff và cs. tại Anh [2] cho thấy so với LABA/LAMA/ICS, LABA/LAMA/ICS/Roflumilast có chi phí và hiệu quả tăng thêm lần lượt là 3.508 bảng Anh và 0,14 QALYs, tương ứng giá trị ICER 24.976 bảng Anh/QALYs tăng thêm. Trong mô hình nghiên cứu tại Anh, biến số có tác động lớn nhất đến giá trị ICER là tuổi bắt đầu mô hình, và tần số chuyển từ trạng thái nặng sang rất nặng trong mỗi chu kỳ (tháng) đối với nhóm điều trị với LABA/LAMA/ICS. Kết quả này tương tự với kết quả phân tích độ nhạy một chiều ghi nhận được ở nghiên cứu này. Các dữ liệu đầu vào liên quan đến hai biến số này đều đã được điều chỉnh cho phù hợp với dân số Việt Nam. Dân số COPD mới mắc tại Việt Nam (trung bình 70,1 tuổi) có xu hướng già hơn so với tại Anh (trung bình 64,7 tuổi). Tần số chuyển từ trạng thái nặng sang rất nặng được tính toán dựa trên chỉ số FEV₁, chức năng phổi, tỷ lệ phân bố theo giới, chiều cao dân số theo giới, tuổi. Với các dữ liệu điều chỉnh cho dân số Việt Nam, tần số chuyển từ trạng thái nặng sang rất nặng ở nhóm sử dụng LABA/LAMA/ICS/Roflumilast ở dân số Việt Nam (1,32%/tháng) cao hơn so với dân số Anh (1,2%/tháng). Như vậy có thể thấy tính tương đồng của kết quả nghiên cứu và vai trò quan trọng của hai biến số tuổi bắt đầu mô hình, và tần số chuyển từ trạng thái nặng sang rất nặng trong mỗi chu kỳ đến tính chi phí hiệu quả của Roflumilast ở các bối cảnh nghiên cứu khác nhau là Việt Nam và Anh.

Kết quả phân tích cũng cho thấy phác đồ giúp giảm số đợt cấp COPD mức độ trung bình và mức độ nặng so với LABA/LAMA/ICS, từ đó giúp tiết kiệm chi phí do đợt cấp COPD (trung bình 4.721.260 VNĐ/người bệnh). Số ca tử vong do đợt cấp COPD ở cả hai nhóm người bệnh bị COPD nặng và rất nặng cũng giảm ở phác đồ LABA/LAMA/ICS/Roflumilast so với LABA/LAMA/ICS.

Về ngưỡng chi trả, nghiên cứu so sánh giá trị ICER với ngưỡng chi trả đề xuất bởi WHO cho mức đạt chi phí hiệu quả là ba lần GDP bình quân đầu người. Tuy nhiên, giá trị ICER tiệm cận với ngưỡng chi trả này là điểm đáng lưu ý, kết quả này cần được cân nhắc thêm nếu ngưỡng chi trả có sự thay đổi trong tương lai. Dẫu vậy, với mức ba lần GDP bình quân đầu người hiện tại, bổ sung Roflumilast vào LABA/LAMA/ICS có xác suất đạt chi phí hiệu quả lên đến 100%. Ngoài ra, theo hướng dẫn điều trị của GOLD 2021, Roflumilast còn là lựa chọn cuối cho trường hợp người bệnh COPD nặng và rất nặng vẫn có đợt cấp COPD dù được điều trị phối hợp bộ ba LAMA/LABA/ICS [1]. Do đó, việc cân nhắc

giá trị ICER của thuốc cũng cần được xem xét trong bối cảnh này.

Điểm mạnh của nghiên cứu này là sử dụng dữ liệu lâm sàng từ nghiên cứu REACT với các thông số về hiệu quả của mô hình đã được ghi nhận bằng thử nghiệm ở giai đoạn III, cấu trúc mô hình Markov cho phép ngoại suy dữ liệu và mô hình đã được thẩm định bởi các chuyên gia nên đảm bảo mức độ tin cậy và khoa học của vào mô hình. Bên cạnh đó, những hạn chế của mô hình sẽ liên quan đến các giả định của mô hình về hiệu quả điều trị trích xuất từ thử nghiệm lâm sàng và việc chuyển đổi các trạng thái sức khỏe của người bệnh trong mô hình.

V. KẾT LUẬN

Từ quan điểm của cơ quan chi trả, bổ sung Roflumilast vào phác đồ bộ ba LABA/LAMA/ICS có giá trị ICER là 168.577.946 VND/QALY tăng thêm, đạt chi phí hiệu quả so với phác đồ LABA/LAMA/ICS đối với người bệnh COPD nặng và rất nặng tại Việt Nam. Với ngưỡng chi trả được đề xuất bởi WHO là ba lần giá trị thu nhập bình quân đầu người cho một QALY tăng thêm, LABA/LAMA/ICS/Roflumilast có xác suất đạt chi phí hiệu quả là 100%.

VI. LỜI CẢM ƠN

Nghiên cứu được thực hiện với sự tài trợ của Công ty TNHH AstraZeneca Việt Nam. Mọi quan điểm, kết quả nghiên cứu được trình bày ở đây

là của nhóm nghiên cứu, độc lập với Công ty TNHH AstraZeneca Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **GOLD Committee.** Global Strategy For The Diagnosis, Management, And Prevention Of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. 2021.
2. **Martinez FJ, Calverley PMA, Goehring U, Brose M, Fabbri LM, Rabe KF.** Effect of roflumilast on exacerbations in patients with severe chronic obstructive pulmonary disease uncontrolled by combination therapy (REACT): a multicentre randomised controlled trial. *Lancet.* 2015;6736(14):1–10.
3. **Pham KHT, Vũ VG, Nguyễn HTT.** Chi phí y tế trực tiếp trong điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính theo phân loại gold dựa trên phân tích dữ liệu lớn từ bảo hiểm y tế Việt Nam năm 2020. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2022;
4. **Tổng điều tra Dinh dưỡng.** Báo cáo của Tổng điều tra Dinh dưỡng Việt nam năm 2019-2020. 2021.
5. **Kiff C, Ruiz S, Varol N, Gibson D, Davies A, Purkayastha D.** Cost-effectiveness of roflumilast as an add-on to triple inhaled therapy vs triple inhaled therapy in patients with severe and very severe COPD associated with chronic bronchitis in the UK. *Int J COPD.* 2018;13:2707–20.
6. **Samyshkin Y, Schlunegger M, Haefliger S, Ledderhose S, Radford M.** Cost-effectiveness of roflumilast in combination with bronchodilator therapies in patients with severe and very severe COPD in Switzerland. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2013;8:79.
7. **Hertel N, Kotchie RW, Samyshkin Y, Radford M, Humphreys S, Jameson K.** Cost-effectiveness of available treatment options for patients suffering from severe COPD in the UK: A fully incremental analysis. *Int J COPD.* 2012;7:183–99.

ĐÁNH GIÁ MẠNG LƯỚI Y TẾ KHU PHỐ, ẤP THEO CHUẨN CỦA BỘ Y TẾ VÀ XÂY DỰNG KẾ HOẠCH NÂNG CAO NĂNG LỰC Y TẾ KHU PHỐ, ẤP PHÙ HỢP VỚI TÌNH HÌNH CỦA HUYỆN DẦU TIẾNG TỈNH BÌNH DƯƠNG NĂM 2022

Huỳnh Minh Chín*, Nguyễn Hồng Chương*
Lê Nguyễn Đăng Khoa*, Ngô Hoàng Dũng*

TÓM TẮT

Tóm tắt: Chăm sóc sức khỏe ban đầu (CSSKBĐ) luôn là phương hướng chủ đạo của Y tế Việt Nam, y tế cơ sở đóng vai trò rất quan trọng vì là tuyến y tế trực tiếp gần dân nhất, bảo đảm cho mọi người dân

được chăm sóc sức khỏe cơ bản với chi phí thấp, góp phần thực hiện công bằng xã hội. **Mục tiêu:** Đánh giá việc thực hiện các nhiệm vụ của mạng lưới y tế khu phố, ấp (YTKPA) theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế và xây dựng kế hoạch nâng cao năng lực y tế khu phố, ấp phù hợp với tình hình của huyện Dầu Tiếng, tỉnh Bình Dương; Đánh giá việc thực hiện các nhiệm vụ của mạng lưới y tế khu phố, ấp theo chuẩn của Bộ Y tế; Phân tích và xác định các yếu tố có liên quan với các nhiệm vụ đạt được và không đạt được. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Các cán bộ phụ trách y tế khu phố ấp từ tháng 01 năm 2022 đến tháng 9 năm 2022 tại huyện Dầu Tiếng, tỉnh Bình Dương. Phương pháp mô tả cắt ngang có phân tích, kết hợp nghiên

*Sở Y tế tỉnh Bình Dương

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Minh Chín

Email: bschinkhnbvdt@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.3.2023

Ngày duyệt bài: 27.3.2023