



Open Access Full Text Article

EDITORIAL

**Editorial: Importance of public preferences in healthcare priority setting**

**[Éditorial : Importance des préférences du public dans la priorisation en santé]**

Thomas G. Poder<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Département de gestion, évaluation et politique de santé, École de santé publique de l'Université de Montréal

<sup>2</sup>Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, CIUSSS de l'est de l'île de Montréal

Correspondence:

Thomas G. Poder, Département de gestion, évaluation et politique de santé, École de santé publique de l'Université de Montréal, 7101 Av du Parc, Montréal, QC H3N 1X9, Canada

Email:

thomas.poder@umontreal.ca

Article received:

4 December 2023

Article accepted:

14 December 2023

**Editorial:** The joint integration of equity and efficiency considerations into official decision-making frameworks has been gaining momentum in recent years [1-5]. Currently, the cost threshold used in Canada to justify the implementation of health interventions is \$50,000 per QALY (quality-adjusted life year), or \$50,000 per additional year of life lived in good health. Elsewhere, such as the UK, this threshold is often of comparable size (i.e., £20,000-£30,000) [6]. Usually, this cost-utility threshold is set independently of the disease considered, the characteristics of the patients and/or the context in which the care trajectory takes place [1]. It is however variable in some countries (i.e., UK, Scotland, Sweden, Netherlands), mainly depending on the severity of the disease, but other criteria can be explored depending on the needs and values expressed by the society [7-9]. Based on initiatives such as the “value-based healthcare Canada” of the Conference Board of Canada or more theoretical works [10-11], it appears increasingly necessary to recognize that the value given to a health benefit can vary according to the health priorities established by the society. It is therefore essential to determine, from a societal perspective, which elements should be considered important when resource use decisions are necessary, particularly in care trajectories and population groups to be prioritized. By using the literature developed around an efficiency instrument such as the QALY and by questioning the need to modulate the threshold of willingness to pay per unit of QALY according to the context and priorities of the society, this will reconcile the notions of efficiency and equity in decision-making. Greater reflection on these questions and the implementation of more research on the criteria used to set the cost thresholds per QALY to be used will thus be very useful to health decision-makers to support the choices of prioritization of investments in healthcare and social services.

**Éditorial:** L'intégration conjointe de considérations d'équité et d'efficience dans les cadres décisionnels officiels prend de l'ampleur depuis quelques années [1-5]. Actuellement, le seuil de coût retenu au Canada pour justifier de l'implantation des interventions en santé est de 50 000\$ par QALY (quality-adjusted life year), soit 50 000\$ par année de vie supplémentaire vécue en bonne santé. Ailleurs, comme au Royaume-Uni, ce seuil est souvent de taille comparable (c.-à-d. 20 000 à 30 000€) [6]. Habituellement, ce seuil de coût-utilité est fixé indépendamment de la maladie considérée, des caractéristiques des patients et/ou du contexte dans lequel s'inscrit la trajectoire de soins [1]. Il est toutefois variable dans quelques pays (c.-à-d. Royaume Uni, Écosse, Suède, Pays-Bas), principalement en fonction de la sévérité de la maladie, mais d'autres critères peuvent être explorés selon les besoins et les valeurs exprimés par la société [7-9]. En se basant sur des initiatives comme le « value-based healthcare Canada » du Conference board of Canada ou des travaux davantage théoriques [10-11], il apparaît de plus en plus nécessaire de reconnaître que la valeur accordée à un bénéfice en santé peut varier selon les priorités en santé établies par la société. Il est par conséquent primordial de déterminer, selon une optique sociétale, quels sont les éléments à considérer comme important lorsque des décisions d'utilisation des ressources sont nécessaires, notamment dans les trajectoires de soins et les groupes de population à prioriser. En utilisant la littérature développée autour d'un instrument d'efficience comme le QALY et en s'interrogeant sur la nécessité de moduler le seuil de volonté à payer par unité de QALY selon le contexte et les priorités de la société, cela permettra de réconcilier les notions d'efficience et d'équité dans la prise de décision. Une plus grande réflexion sur ces questions et

©2023 Poder, publisher and licensee CybelePress.com. This is an Open Access article, allowing unrestricted non-commercial use, provided the original work is properly cited.

la mise en place de davantage de recherches sur les critères employés pour fixer les seuils de coût par QALY à utiliser sera ainsi très utiles aux décideurs en santé pour appuyer les choix de priorisation des investissements en santé et services sociaux.

#### References

- [1] Zozaya N, Villaseca J, Fernández I, Abdalla F, Cadenas-Noreña B, Calleja MÁ, Gómez-Pajuelo P, Mestre-Ferrándiz J, Oliva-Moreno J, Trillo JL, Hidalgo-Vega Á. A Review of Current Approaches to Evaluating and Reimbursing New Medicines in a Subset of OECD Countries. *Appl Health Econ Health Policy* 2024;22(3):297-313.
- [2] Stolk EA, van Donselaar G, Brouwer WB, Busschbach J. Reconciliation of economic concerns and health policy. *Pharmacoeconomics* 2004;22:1097-1107.
- [3] van de Wetering EJ, Stolk EA, van Exel NJA, Brouwer WB. Balancing equity and efficiency in the Dutch basic benefits package using the principle of proportional shortfall. *Eur J Health Econ* 2013;14:107-115.
- [4] Richardson J, Iezzi A, Maxwell A, Chen G. Does the use of the proportional shortfall help align the prioritisation of health services with public preferences? *Eur J Health Econ* 2018;19(6):797-806.
- [5] Richardson J, Schlender M. Health technology assessment (HTA) and economic evaluation: efficiency or fairness first. *J Mark Access Health Policy* 2018;7(1):1557981.
- [6] Poder TG. Challenges to make cost-effectiveness studies usable by decision makers. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2018;156(5):1931-1932.
- [7] Leigh S, Granby P. A Tale of Two Thresholds: A Framework for Prioritization within the Cancer Drugs Fund. *Value Health* 2016;19(5):567-76.
- [8] Schurer M, Matthijsse SM, Vossen CY, van Keep M, Horscroft J, Chapman AM, Akehurst RL. Varying Willingness to Pay Based on Severity of Illness: Impact on Health Technology Assessment Outcomes of Inpatient and Outpatient Drug Therapies in The Netherlands. *Value Health* 2022;25(1):91-103.
- [9] Hofmann S, Branner J, Misra A, Lintener H. A Review of Current Approaches to Defining and Valuing Innovation in Health Technology Assessment. *Value Health* 2021;24(12):1773-1783.
- [10] Hammitt JK. Admissible utility functions for health, longevity, and wealth: integrating monetary and life-year measures. *J Risk Uncertain* 2013;47:311-325.
- [11] Cookson R, Drummond M, Weatherly H. Explicit incorporation of equity considerations into economic evaluation of public health interventions. *Health Econ Policy Law* 2009;4(2):231-45.