

Golimumab w terapii reumatoidalnego zapalenia stawów

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

Recenzja:

Opracowanie nierecenzowane

Zleceniodawca raportu/finansowanie projektu:

MSD Polska Sp. z o.o.

Ul. Chłodna 51

00-867 Warszawa

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]



[Redacted]





[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

Spis treści

Skróty i akronimy	7
Streszczenie	8
1 Analiza problemu decyzyjnego	10
1.1 Zestawienie oszacowań wyników zdrowotnych wynikających z zastosowania wnioskowanej technologii oraz porównywanych technologii opcjonalnych w populacji wskazanej we wniosku.....	11
1.2 Przegląd analiz ekonomicznych.....	14
1.3 Cel analizy.....	15
2 Metodyka	16
2.1 Strategia analizy.....	16
2.2 Analizowane efekty zdrowotne.....	16
2.2.1 Prawdopodobieństwa przejść dla I linii leczenia.....	17
2.2.2 Prawdopodobieństwa przejść dla II linii leczenia.....	20
2.3 Horyzont czasowy analizy.....	22
2.4 Perspektywa analizy.....	22
2.5 Populacja.....	22
2.6 Analizowane koszty.....	23
2.6.1 Koszty leków.....	23
2.6.2 Koszty podania leczenia.....	24
2.6.3 Koszty kwalifikacji do programu lekowego.....	24
2.6.4 Koszty monitorowania leczenia.....	25
2.7 Dyskontowanie.....	25
2.8 Założenia modelu analizy ilorazu kosztu i efektu.....	26
2.9 Analiza wrażliwości.....	31
3 Wyniki	32
3.1 Analiza podstawowa.....	32
	
	
3.2 Analiza wrażliwości.....	34

3.2.1	Jednoczynnikowa analiza wrażliwości	34
3.2.2	Wieloczynnikowa analiza wrażliwości	40
3.3	Analiza ilorazu kosztu i efektu	44
<hr/> 		
<hr/> 		
4	Dyskusja	45
5	Podsumowanie i wnioski	47
<hr/> 		
<hr/> 		
Aneks 2. Strategia przeglądu dla analiz ekonomicznych		49
Aneks 3. Selekcja analiz ekonomicznych		50
Aneks 4. Zestawienie oszacowań wyników zdrowotnych wynikających z zastosowania wnioskowanej technologii oraz porównywanych technologii opcjonalnych w populacji wskazanej we wniosku		51
Aneks 5. Strategia przeglądu badań wartości użyteczności dla RZS		60
Aneks 6. Selekcja badań dotyczących wartości użyteczności dla RZS		61
Aneks 7. Przegląd wartości użyteczności dla RZS – prace włączone		62
Aneks 8. Przegląd wartości użyteczności dla RZS – prace wykluczone		66
Aneks 9. Wartości użyteczności dla RZS zidentyfikowane w przeglądzie systematycznym		72
Aneks 10. Wyniki przeglądu rejestru analiz użyteczności kosztów		80
Aneks 11. Minimalne wymagania wobec analiz ekonomicznych		91
Spis tabel		94
Spis rysunków		96
Piśmiennictwo		97

Skróty i akronimy

ACR	American College of Rheumatology
DAS	Disease Activity Score
DMARD	Disease Modifying Antirheumatic Drug (leki modyfikujące przebieg choroby)
EULAR	European League Against Rheumatism
LMPCh	Leki modyfikujące przebieg choroby (ang. <i>disease modifying antirheumatic drugs</i> , DMARDs)
NLPZ	Niesteroidowe leki przeciwzapalne
OB	Odczyn Biernackiego
RZS	Reumatoidalne zapalenie stawów
TNF- α	Czynnik martwicy guza (ang. <i>tumor necrosis factor-alpha</i>)

Streszczenie

Analiza problemu decyzyjnego

Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) jest przewlekłą układową chorobą tkanki łącznej o podłożu immunologicznym. Charakteryzuje się niespecyficznym zapaleniem symetrycznych stawów, zmianami pozastawowymi oraz powikłaniami układowymi. Choroba prowadzi do niepełnosprawności, inwalidztwa i przedwczesnej śmierci. Reumatoidalne zapalenie stawów jest jedną z najczęściej występujących chorób układowych. W Polsce szacuje się, że choruje około 1% społeczeństwa, tj. około 300 000 dorosłych osób. Kobiety chorują średnio 3 razy częściej od mężczyzn. Najczęściej są to osoby w 4. i 5. dekadzie życia. Przebieg RZS ma charakter przewlekły i postępujący, chociaż bywają okresy remisji i zaostrzeń. Mimo że patogenezą RZS nie jest znana, to jedna z hipotez rozwoju choroby wiąże jej początek z TNF- α , który jest produkowany m.in. przez mastocyty, monocyty i aktywowane limfocyty T. W chwili obecnej rejestrację EMA w RZS posiada 5 inhibitorów TNF- α : infliksymab, adalimumab, golimumab, etanercept oraz certolizumab pegol. W Polsce leczenie pacjentów z ciężką aktywną postacią reumatoidalnego zapalenia stawów za pomocą inhibitorów TNF-alfa jest realizowane w ramach programu lekowego, w ramach którego refundowane są trzy inhibitory TNF-alfa: adalimumab, etanercept i infliksymab (leki I lub II linii) oraz rytuksymab (lek II lub III linii).

Golimumab (Simponi®) jest ludzkim przeciwciałem monoklonalnym, tworzącym stabilne kompleksy o dużym powinowactwie zarówno do rozpuszczalnej, jak i przezbłonowej postaci ludzkiego czynnika martwicy nowotworu alfa (TNF- α), zapobiegając wiązaniu się TNF- α z jego receptorami. Golimumab w skojarzeniu z metotreksatem jest wskazany w leczeniu czynnego reumatoidalnego zapalenia stawów o umiarkowanym i ciężkim nasileniu u dorosłych pacjentów niedostatecznie reagujących na leczenie przeciwrheumatycznymi lekami modyfikującymi przebieg choroby, w tym metotreksatem.

Cel pracy

Celem niniejszej analizy jest porównanie kosztów związanych z zastosowaniem [REDAKTOWANE] w terapii dorosłych chorych z aktywną i postępującą postacią reumatoidalnego zapalenia stawów.

Metody

Analizę ekonomiczną wykonano w oparciu o wyniki analizy porównawczej efektywności klinicznej golimumabu, [REDAKTOWANE] w terapii RZS. [REDAKTOWANE]

[REDAKTOWANE]

[REDAKTOWANE]

[REDAKTOWANE]

[REDAKTOWANE]

[REDAKTOWANE]

[REDAKTOWANE]

[REDAKTOWANE]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED] Ze względu na brak współpłacenia, analizę przeprowadzono z perspektywy płatnika publicznego, tj. Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ). Analizowano bezpośrednie koszty medyczne związane z: zakupem leków, procedurą podania leków, kwalifikacją do programu lekowego oraz monitorowaniem leczenia w programie lekowym. Wyniki analizy przedstawiono uwzględniając takie parametry, jak prawdopodobieństwo przerwania leczenia z powodu jego nieskuteczności, prawdopodobieństwo przerwania leczenia z powodu uzyskania remisji, prawdopodobieństwo przerwania leczenia z powodu działań niepożądanych i nietolerancji leczenia oraz prawdopodobieństwo zgonu.

Wyniki

Analiza wykazała, że [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Wnioski

[REDACTED]

[REDACTED]

1 Analiza problemu decyzyjnego

Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) jest przewlekłą układową chorobą tkanki łącznej o podłożu immunologicznym. Charakteryzuje się niespecyficznym zapaleniem symetrycznych stawów, zmianami pozastawowymi oraz powikłaniami układowymi. Choroba prowadzi do niepełnosprawności, inwalidztwa i przedwczesnej śmierci.^{1,2}

Reumatoidalne zapalenie stawów należy do grupy chorób autoimmunologicznych, niemniej jednak dokładna etiologia i patogenezą tej choroby nie są na dzień dzisiejszy znane. Uważa się, że podstawowym mechanizmem zapoczątkowującym i podtrzymującym proces zapalny w przebiegu RZS jest najprawdopodobniej odpowiedź komórek T na nieznany antygen lub antygeny u osoby o odpowiednich uwarunkowaniach genetycznych. Odpowiedź ta prowadzi do reakcji autoimmunologicznej, której wynikiem jest powstawanie nacieków zapalnych w obrębie błony maziowej stawów.^{3,4}

Reumatoidalne zapalenie stawów jest jedną z najczęściej występujących chorób układowych. Szacuje się, że w populacji mieszkańców Europy i Stanów Zjednoczonych powyżej 15. roku życia na RZS choruje od 0,5% do nawet 2% społeczeństwa. Zapadalność waha się od 31 do 50 osób na 100 000.⁵ W Polsce szacuje się, że choruje około 1% społeczeństwa, tj. około 300 000 dorosłych osób. Kobiety chorują średnio 3 razy częściej od mężczyzn. Najczęściej są to osoby w 4. i 5. dekadzie życia.⁶

Przebieg RZS ma charakter przewlekły i postępujący, chociaż bywają okresy remisji i zaostrzeń. Początek choroby jest najczęściej łagodny i trudny do wykrycia, ale u części pacjentów (do 25% przypadków) choroba może się zaczynać w sposób ostry. RZS ma różny przebieg. Może mieć charakter łagodny, samoograniczający się, lecz może również charakteryzować się gwałtownie postępującą destrukcją stawów i zajęciem innych narządów. Taki ostry przebieg choroby prowadzi stopniowo do inwalidztwa, lub nawet do przedwczesnej śmierci.⁷

Mimo że patogenezą RZS nie jest znana, to jedna z hipotez rozwoju choroby wiąże jej początek z TNF- α , który jest produkowany m.in. przez mastocyty, monocyty i aktywowane limfocyty T.3 W celu obniżenia poziomu aktywnego TNF- α , stosuje się terapię anty-TNF- α . W chwili obecnej rejestrację EMA w RZS posiada 5 inhibitorów TNF- α : infliksymab, adalimumab, golimumab, etanercept oraz certolizumab pegol. Wszystkie substancje uzyskały rejestrację EMA w leczeniu dorosłych z ciężkim czynnym RZS.⁸

Według zaleceń ACR, terapię inhibitorami TNF-alfa należy wdrożyć:⁹

- w populacji pacjentów z wczesnym RZS (<6 miesięcy) – zastosowanie inhibitorów TNF-alfa ogranicza się do terapii skojarzonej z metotreksatem u pacjentów, którzy nie otrzymywali dotychczas LMPCh i u których aktywność choroby jest wysoka (poziom C dowodów);

- w populacji pacjentów, u których RZS trwa od co najmniej 6 miesięcy – terapia anti-TNF powinna być włączona, jeśli:
 - przy niekorzystnych rokowaniach i umiarkowanym nasileniu choroby lub przy ciężkim nasileniu choroby niezależnie od rokowania zawiodła wcześniejsza terapia metotreksatem (monoterapia) (poziom A dowodów);
 - niezależnie od rokowania przy co najmniej umiarkowanym nasileniu choroby zawiodła wcześniejsza terapia sekwencyjna LMPCh lub terapia metotreksatem w skojarzeniu z innymi lekami (poziom A dowodów).

W Polsce leczenie pacjentów z ciężką aktywną postacią reumatoidalnego zapalenia stawów za pomocą inhibitorów TNF-alfa jest realizowane w ramach programu lekowego.¹⁰ W ramach programu refundowane są trzy inhibitory TNF-alfa: adalimumab, etanercept i infliksymab stosowane jako leki I lub II linii oraz rytuksymab stosowany jako lek II lub III linii.

Golimumab (Simponi®) jest ludzkim przeciwciałem monoklonalnym, tworzącym stabilne kompleksy o dużym powinowactwie zarówno do rozpuszczalnej, jak i przetrwałej postaci ludzkiego czynnika martwicy nowotworu alfa (TNF- α), zapobiegając wiązaniu się TNF- α z jego receptorami. Golimumab w skojarzeniu z metotreksatem jest wskazany w leczeniu czynnego reumatoidalnego zapalenia stawów o umiarkowanym i ciężkim nasileniu u dorosłych pacjentów niedostatecznie reagujących na leczenie przeciwreumatycznymi lekami modyfikującymi przebieg choroby, w tym metotreksatem, a także wśród pacjentów z ciężką i postępującą postacią RZS nieleczonych wcześniej metotreksatem.⁸ Jako jedyny z inhibitorów TNF-alfa golimumab posiada badania kliniczne dla stosowania w leczeniu po nieskutecznej wcześniejszej terapii innymi inhibitorami TNF-alfa (badanie GO-AFTER).

1.1 Zestawienie oszacowań wyników zdrowotnych wynikających z zastosowania wnioskowanej technologii oraz porównywanych technologii opcjonalnych w populacji wskazanej we wniosku

Analiza danych dotyczących skuteczności golimumabu wykazała, że w populacji pacjentów z aktywną postacią RZS, nieleczonych wcześniej inhibitorami TNF-alfa, u których zawiodło dotychczasowe leczenie LMPCh, w tym również metotreksatem, lek ten jest istotnie bardziej skuteczny od placebo w zakresie redukcji objawów choroby. Względne ryzyko wystąpienia odpowiedzi ACR20, ACR50 i ACR70 wyniosło odpowiednio 2,17 (95%CI: 1,75; 2,69), 2,78 (95%CI: 1,95; 3,95) i 3,70 (95%CI: 2,05; 6,68). Analiza wykazała również, że pacjenci otrzymujący golimumab mają istotnie większą szansę uzyskania co najmniej umiarkowanej odpowiedzi, dobrej odpowiedzi i remisji wg kryteriów EULAR – odpowiednio RR=1,77 (95%CI: 1,52; 2,07), RR=3,47 (95%CI: 1,95; 6,17) i RR=3,81 (95%CI: 2,22; 6,54).

Analiza wyników danych dotyczących skuteczności golimumabu wykazała, że w populacji pacjentów z aktywną wczesną postacią RZS, nieleczonych wcześniej metotreksatem, golimumab jest bardziej skuteczny od monoterapii metotreksatem w zakresie redukcji objawów choroby ocenianych wg kryteriów ACR. Względne ryzyko wystąpienia odpowiedzi ACR20, ACR50 i ACR70 wyniosło odpowiednio 1,25 (95%CI: 1,04; 1,49), 1,31 (95%CI: 0,99; 1,72) i 1,31 (95%CI: 0,85; 2,02). Analiza wykazała również, że pacjenci otrzymujący golimumab w porównaniu z metotraksatem mają istotnie większą szansę uzyskania odpowiedzi oraz istotnie większą szansę remisji wg kryteriów EULAR – odpowiednio RR=1,22 (95%CI: 1,06; 1,40) i RR=1,98 (95%CI: 1,23; 3,21).

Analiza wyników danych dotyczących skuteczności golimumabu w II linii leczenia, tj. w populacji pacjentów z aktywną postacią RZS, leczonych wcześniej innymi inhibitorami TNF-alfa, wykazała, że golimumab jest istotnie bardziej skuteczny od monoterapii metotreksatem w zakresie redukcji objawów choroby ocenianych wg kryteriów ACR. Względne ryzyko odpowiedzi ACR20, ACR50 i ACR70 wyniosło odpowiednio 2,32 (95%CI: 1,59, 3,38), 3,74 (95%CI: 1,83; 7,62) i 3,44 (95%CI: 1,37; 8,63). Analiza wykazała również, że pacjenci otrzymujący golimumab mają istotnie większą szansę uzyskania odpowiedzi i remisji wg kryteriów EULAR w porównaniu z placebo – odpowiednio RR=2,19 (95%CI: 1,63; 2,94) i RR=5,07 (95%CI: 1,85; 13,90).

Analiza bezpieczeństwa wykazała, że terapia golimumabem jest bezpieczna. Częstość działań niepożądanych (z wyjątkiem działań niepożądanych w miejscu iniekcji i nadciśnienia tętniczego) była porównywalna w stosunku do placebo.

Na podstawie dostępnych dowodów można wnioskować, że w populacji pacjentów z RZS, u których zawiodła dotychczasowa terapia LMPCh, w tym metotreksatem, golimumab w porównaniu z placebo:

- istotnie zwiększa szansę na uzyskanie odpowiedzi na leczenie wg kryteriów ACR – NNT dla odpowiedzi ACR20, ACR50 i ACR70 przy 14-tygodniowej kuracji wynosi odpowiednio 3, 4 i 9, a przy 24-tygodniowej kuracji odpowiednio 3, 4 i 7;
- istotnie zwiększa szansę na uzyskanie co najmniej umiarkowanej odpowiedzi na leczenie wg kryteriów EULAR – NNT przy 14-tygodniowej i 24-tygodniowej kuracji wynosi odpowiednio 3 i 3;
- istotnie zwiększa szansę na uzyskanie dobrej odpowiedzi na leczenie wg kryteriów EULAR – NNT przy 14-tygodniowej i 24-tygodniowej kuracji wynosi odpowiednio 4 i 3;
- istotnie zwiększa szansę na uzyskanie remisji choroby wg kryteriów EULAR – NNT przy 14-tygodniowej i 24-tygodniowej kuracji wynosi odpowiednio 7 i 6.

W populacji pacjentów z wczesnym RZS, u których nie stosowano wcześniej metotreksatu, golimumab w porównaniu z placebo:

- istotnie zwiększa szansę na uzyskanie odpowiedzi na leczenie wg kryteriów ACR20 – NNT=8 przy 24-tygodniowej kuracji, ale nie zwiększa szansy na uzyskanie ACR50 i ACR70;
- istotnie zwiększa szansę na uzyskanie odpowiedzi na leczenie wg kryteriów EULAR – NNT przy 24-tygodniowej kuracji wynosi 7;
- istotnie zwiększa szansę na uzyskanie remisji choroby wg kryteriów EULAR – NNT przy 24-tygodniowej kuracji wynosi 9.

W populacji pacjentów z RZS, u których stosowano wcześniej inne inhibitory TNF-alfa, golimumab w porównaniu z placebo:

- istotnie zwiększa szansę na uzyskanie odpowiedzi na leczenie wg kryteriów ACR – NNT dla odpowiedzi ACR20, ACR50 i ACR70 przy 14-tygodniowej kuracji wynosi odpowiednio 5, 8 i 13, a przy 24-tygodniowej kuracji odpowiednio 5, 7 i 13;
- istotnie zwiększa szansę na uzyskanie odpowiedzi na leczenie wg kryteriów EULAR – NNT przy 14-tygodniowej i 24-tygodniowej kuracji wynosi odpowiednio 4 i 3;
- istotnie zwiększa szansę na uzyskanie remisji choroby wg kryteriów EULAR – NNT przy 24-tygodniowej kuracji wynosi 10.

Ryzyko wystąpienia działań niepożądanych (z wyjątkiem działań niepożądanych w miejscu iniekcji i nadciśnienia tętniczego), w tym również poważnych działań niepożądanych i infekcji w trakcie leczenia golimumabem w dawce 50 mg jest porównywalne z ryzykiem dla placebo.

W aneksie 4 przedstawiono zestawienie oszacowań wyników zdrowotnych wynikających z zastosowania wnioskowanej technologii.

1.2 Przegląd analiz ekonomicznych

Przeprowadzono systematyczny przegląd opublikowanych analiz ekonomicznych, w których oceniano koszty i efekty zdrowotne stosowania golimumabu w leczeniu RZS. Strategię przeglądu dla baz Medline, Embase oraz Cochrane Library przedstawiono w aneksie 2. W aneksie 3 przedstawiono wyniki selekcji prac (diagram QUORUM). W toku przeglądu piśmiennictwa zidentyfikowano jeden pełen tekst analizy ekonomicznej oraz 2 abstrakty, w których oceniano koszty i efekty zdrowotne stosowania golimumabu w leczeniu RZS. Wyniki oszacowań przedstawionych w tych pracach, opisano w tabeli poniżej. W pracy Nguyen 2010 wartości ICER/QALY dla terapii golimumabem w porównaniu do infliksymabu wyniosły 63 415,60 USD. W badaniu Desai 2012 wartości ICER/QALY dla golimumabu w skojarzeniu z metotreksatem w porównaniu do infliksymabu i adalimumabu w skojarzeniu z metotreksatem wyniosły odpowiednio 38 255 USD i 16 729 USD. W pracy Nguyen 2012 terapią dominującą w stosunku do golimumabu w skojarzeniu z metotreksatem była terapia certolizumabem w skojarzeniu z metotreksatem.

Tabela 1. Wyniki przeglądu analiz ekonomicznych.

Publikacja	Populacja	Interwencja	Komparator	Wyniki (ICER/QALY dla terapii golimumabem)
Nguyen 2010 ¹¹	Pacjenci z RZS	Golimumab Certolizumab Etanercept Adalimumab	Infliksymab	ICER/QALY vs infliksymab: 63 415,60 USD
Desai 2012 ¹²	Pacjenci z RZS	Golimumab	Infliksymab Etanercept Adalimumab+ metotreksat	ICER/QALY vs infliksymab: 38 255 USD ICER/QALY vs adalimumab: 16 729 USD
Nguyen 2012 ¹³	Pacjenci z RZS	Golimumab Adalimumab Etanercept Certolizumab Infliksymab	Metotreksat	Certolizumab + metotreksat terapią dominującą w stosunku do adalimumabu, infliksymabu i golimumabu w skojarzeniu z metotretksatem

1.3 Cel analizy

Celem niniejszej analizy jest porównanie kosztów związanych z zastosowaniem golimumabu [REDACTED] terapii dorosłych chorych z aktywną i postępującą postacią reumatoidalnego zapalenia stawów. [REDACTED]

Tabela 2. Problem decyzyjny zdefiniowany w schemacie PICO.

Kryterium	Charakterystyka
Populacja (P)	<ul style="list-style-type: none"> dorośli pacjenci (wiek \geq 18. roku życia) z rozpoznaniem RZS
Rodzaj interwencji (I)	<ul style="list-style-type: none"> golimumab
[REDACTED]	[REDACTED]
Wyniki (O)	<ul style="list-style-type: none"> bezpośrednie koszty medyczne oceniane z perspektywy płatnika publicznego (NFZ) w przeliczeniu na jednego standardowego pacjenta z RZS [REDACTED]

2 Metodyka

2.1 Strategia analizy

Analizę ekonomiczną wykonano w oparciu o wyniki analizy porównawczej efektywności klinicznej golimumabu, [REDACTED]

[REDACTED]

W analizie podstawowej przyjęto założenie, że średni wiek w populacji pacjentów leczonych [REDACTED] wynosi 50 lat. W analizie wrażliwości uwzględniono również scenariusze, w których średni wiek wynosi 40 oraz 60 lat.

[REDACTED]

Przyjęto założenie, że rok kalendarzowy ma 52 tygodnie.

2.2 Analizowane efekty zdrowotne

Na potrzeby analizy szacowano:

- [REDACTED]
- prawdopodobieństwo przerywania leczenia z powodu uzyskania remisji choroby wg kryteriów EULAR w 6. miesiącu leczenia (patrz rozdział 2.2.1 i 2.2.2);
- odsetek pacjentów, którzy rezygnują z leczenia z innych przyczyn (działania niepożądane, nietolerancja i inne);
- prawdopodobieństwo zgonu.

Odsetek pacjentów, którzy rezygnują z leczenia w każdym kolejnym roku terapii, przyjęto na poziomie równym 14,9%. Przyjęta wartość została oszacowana na podstawie średniego ważonego odsetka pacjentów przerywających leczenie w badaniach klinicznych włączonych do przeglądu systematycznego (patrz aneks 1).

Prawdopodobieństwo zgonu oszacowano na podstawie tablic prawdopodobieństwa zgonu dla populacji ogólnej (dane GUS), korygując dane GUS o rozkład płci w populacji pacjentów z RZS, tj. 3:1 odpowiednio kobiety vs mężczyźni oraz współczynnik 1,27, który wynika ze zwiększonego prawdopodobieństwa zgonu w populacji chorych z RZS

w porównaniu do populacji ogólnej (w oparciu o dane z 40-letniej obserwacji populacji pacjentów RZS z Rochester w stanie Minnesota (USA)).¹⁵ Ponieważ część badań wskazuje na brak zwiększonego ryzyka zgonu w adekwatnie leczonej populacji z RZS, w związku z tym w analizie wrażliwości przyjęto, że prawdopodobieństwo zgonu w badanej populacji jest takie samo jak w populacji ogólnej.¹⁶

Prawdopodobieństwo przerwania leczenia po 3 miesiącach terapii z powodu nieskuteczności terapii (brak odpowiedzi wg kryteriów EULAR) oraz prawdopodobieństwo przerwania leczenia po 6 miesiącach terapii z powodu uzyskania remisji choroby wg kryteriów EULAR oszacowano w oparciu o dane pochodzące z systematycznego przeglądu piśmiennictwa. [REDACTED]

[REDACTED] Należy podkreślić, że według oceny OMERACT (*Outcome Measures in Rheumatoid Arthritis Clinical Trials*) zarówno kryteria amerykańskie, jak i europejskie kryteria odpowiedzi są równie użyteczne.¹⁷ W związku z powyższym, zarówno prawdopodobieństwo przerwania leczenia z powodu braku odpowiedzi na leczenie, jak i prawdopodobieństwo przerwania leczenia z powodu uzyskania remisji choroby oszacowano [REDACTED]

[REDACTED]

W celu oszacowania prawdopodobieństwa przerwania leczenia z powodu braku skuteczności dla I linii leczenia, obliczono prawdopodobieństwo uzyskania odpowiedzi wg EULAR w 14. tygodniu leczenia dla placebo w oparciu o dane z badań GO-FORWARD i GO-FORTH. [REDACTED]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

[Redacted text block]

[Large redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

W celu oszacowania prawdopodobieństwa przerwania leczenia z powodu uzyskania remisji, obliczono prawdopodobieństwo uzyskania remisji wg EULAR dla placebo w oparciu o dane z wszystkich badań włączonych do analizy (dane dostępne dla trzech

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]	[REDACTED]		[REDACTED]		[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]					[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

W celu oszacowania prawdopodobieństwa przerwania leczenia z powodu braku skuteczności dla II linii leczenia, obliczono prawdopodobieństwo uzyskania odpowiedzi wg EULAR w 14. tygodniu dla placebo w oparciu o dane z badania GO-AFTER ([redacted]). W oparciu o wartość ilorazu szans (*odds ratio*) uzyskania odpowiedzi wg kryteriów EULAR (tabela 6) oszacowano szansę uzyskania odpowiedzi, którą następnie przeliczono na prawdopodobieństwo uzyskania odpowiedzi w trakcie cyklu leczenia – tabela 7. Prawdopodobieństwo uzyskania odpowiedzi dla placebo wyniosło 0,271 (42/155), a szansa odpowiedzi – 0,372 (42/(155-42)). Dla ilorazu szans uzyskania odpowiedzi w grupie leczonych lekami anty-TNF w porównaniu do grupy otrzymujących placebo równego 2,59, prawdopodobieństwo uzyskania odpowiedzi EULAR dla leczenia anty-TNF wyniesie 0,490 (wg wzoru: $p=s/(1+s)$, gdzie: p=prawdopodobieństwo, s=szansa), a co za tym idzie, prawdopodobieństwo braku odpowiedzi będzie równe 0,510.

Badanie	Leki biologiczne		Placebo		OR (95% CI)
	N	n (%)	N	n (%)	
GO-AFTER	153	75 (49,0)	155	42 (27,1)	2,59 (1,61; 4,16)

* OR x 0,372

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

[Redacted text block]

[Large redacted text block]

[REDACTED]				
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

2.3 Horyzont czasowy analizy

[REDACTED]

2.4 Perspektywa analizy

Ze względu na realizację świadczenia w ramach programu lekowego, a co za tym idzie brak współpłacenia pacjenta za otrzymywane świadczenie, perspektywa wspólna płatnika publicznego oraz pacjenta jest tożsama z perspektywą płatnika publicznego. Analiza objęła 1 modelowego pacjenta z RZS (patrz niżej).

2.5 Populacja

Analiza dotyczyła jednego reprezentatywnego pacjenta z RZS. Przyjęto założenie, że pacjent jest w wieku 50 lat (co odpowiada w przybliżeniu wiekowi populacji badań klinicznych zidentyfikowanych w przeglądzie systematycznym) oraz założenie, że 75% pacjentów stanowią kobiety, co odpowiada częstości występowania RZS w populacji ogólnej, tj. 3:1.

2.6 Analizowane koszty

W analizie uwzględniono koszty, które są rozliczane w programie lekowym dla RZS, tj. bezpośrednie koszty medyczne związane z:

- zakupem leków (w przypadku tej analizy to koszty: golimumabu, [REDACTED])
- podaniem leków,
- kwalifikacją do programu lekowego,
- monitorowaniem leczenia w programie lekowym.

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

2.6.1 Koszty leków

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

- [REDACTED]
- [REDACTED]

Zużycie golimumabu szacowano w oparciu o zapisy charakterystyki produktu leczniczego, który stanowi, że golimumab należy podawać podskórnie w dawce 50 mg co miesiąc.

Koszty pojedynczych dawek dla poszczególnych leków przedstawiono w tabeli 9. Ze względu na przewidywana czas wprowadzenia programu lekowego dla golimumabu, ceny hurtowe obliczono dla marży obowiązującej od 2014 roku tj. 5%.

Tabela 11. Koszt pojedynczych [redacted] golimumabu.

[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]
[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]
[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]
[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]
[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]

2.6.2 Koszty podania leczenia

Koszt podania leczenia szacowano w oparciu o założenie, że [redacted].
 [redacted]. Procedurze ambulatoryjnej przypisane jest świadczenie 5.08.06.0000004 (przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu), a procedurze szpitalnej świadczenie 5.08.06.0000003 (hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu) – patrz Załącznik nr 1k do zarządzenia nr 27/2012/DGL Prezesa NFZ z dnia 10 maja 2012 roku; Katalog świadczeń i zakresów – leczenie szpitalne – programy zdrowotne [lekowe]].¹⁹ Koszty procedur oszacowano w oparciu o aktualną wycenę punktową procedur NFZ oraz wycenę punktu rozliczeniowego na poziomie 52,00 PLN – patrz tabela 12.

Tabela 12. Koszty jednostkowe związane z podaniem leków.

[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]
[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]
[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]
[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]
[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]

2.6.3 Koszty kwalifikacji do programu lekowego

Koszt kwalifikacji pacjentów do programu lekowego oparto na wycenie procedury NFZ dla programu lekowego leczenia pacjentów z RZS – procedura nr 5.08.06.0000006

(kwalifikacja i weryfikacja leczenia biologicznego w chorobach reumatycznych) – patrz Załącznik nr 1k do zarządzenia nr 27/2012/DGL Prezesa NFZ z dnia 10 maja 2012 roku; Katalog świadczeń i zakresów – leczenie szpitalne – programy zdrowotne [lekowe)].¹⁹ Koszt tej procedury wynosi 6,25 punktu rozliczeniowego, co przy wycenie punktu na poziomie 52,00 PLN związane jest z kosztem procedury w wysokości 325,00 PLN.

Tabela 13. Wycena procedur związanej z kwalifikacją do leczenia.

Opis procedury	Numer procedury	Wycena punktowa procedury	Wycena punktu rozliczeniowego (PLN)	Koszt procedury (PLN)
kwalifikacja i weryfikacja leczenia biologicznego w chorobach reumatycznych	5.08.06.0000006	6,25	52,00	325,00

2.6.4 Koszty monitorowania leczenia

Koszt kwalifikacji pacjentów do programu lekowego oparto na wycenie procedury NFZ dla aktualnego programu lekowego leczenia pacjentów z RZS – procedura nr 5.08.06.0000063 (diagnostyka w programie leczenia reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów o przebiegu agresywnym). Koszty monitorowania leczenia są rozliczane jednorazowo w ciągu roku. Zgodnie z załącznikiem 1l (Katalog ryczałtów za diagnostykę w programach lekowych) do zarządzenia nr 27/2012/DGL Prezesa NFZ z dnia 10 maja 2012 roku, procedurę diagnostyczną nr 5.08.06.0000063 wyceniono na 14,4 punktu, co przy wycenie punktu rozliczeniowego na poziomie 52,00 PLN związane jest z kosztem procedury w wysokości 748,80 PLN.

Tabela 14. Wycena procedury związanej z monitorowaniem leczenia.

Opis procedury	Numer procedury	Wycena punktowa procedury	Wycena punktu rozliczeniowego (PLN)	Koszt procedury (PLN)
Diagnostyka w programie leczenia reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów o przebiegu agresywnym	5.08.08.0000042	14,4	52,00	748,80

2.7 Dyskontowanie

2.8 Założenia modelu analizy ilorazu kosztu i efektu



Szacunki ilorazu efektów i kosztów dla leczenia w RZS oparto na wartościach zmiany wyniku HAQ. W przypadku leczenia I linii dostępne dane pozwalają szacować efekt dla 52-tygodniowego horyzontu analizy, zaś dla leczenia II linii – dla 26 tygodniowego horyzontu analizy. W szacunkach przyjęto założenie, że przez cały czas leczenia pacjenci otrzymują założoną terapię lekami biologicznymi.

W modelu założono, że pacjenci włączeni do analizy mają użyteczność stanu zdrowia odpowiadającą aktywnemu RZS. Użyteczność tego stanu oszacowano na podstawie systematycznego przeglądu piśmiennictwa (patrz aneksy 5-10). W oparciu o te dane oszacowano, że średnia wartość użyteczności stanu dla pacjentów z aktywną postacią RZS wynosi 0,630227 (patrz tabela poniżej). Zmianę wartości użyteczności oszacowano na podstawie zidentyfikowanych w systematycznym przeglądzie piśmiennictwa algorytmów przeliczania zmiany HAQ na zmianę wartości użyteczności – patrz tabele 18 i 19. W oparciu o zidentyfikowane algorytmy oraz średnie ważone liczebnością próby wartości zmiany wyniku HAQ w zidentyfikowanych w przeglądzie systematycznym kontrolowanych badaniach klinicznych (patrz załączona dokumentacja oraz tabele poniżej), oszacowano zmianę wartości użyteczności pacjentów leczonych lekami biologicznymi – patrz tabela 18 i 19. W analizie przyjęto założenie, że pacjenci osiągają liniowo docelowy stan zdrowia.

Tabela 15. Wyjściowa wartość użyteczności dla aktywnego RZS.

Wartość	Metoda pomiaru	Referencje
0,54	SF-6D	Adams 2010, Adams 2011
0,43	EQ-5D	Adams 2010, Adams 2011
0,56	TTO	Adams 2011
0,81	TTO	Ariza-Ariza 2006
0,54	EQ-5D	Ariza-Ariza 2006
0,82	-	Bae 2003
0,87	TTO	Buitinga 2012a
0,85	TTO (formularz komputerowy)	Buitinga 2012a
0,655	TTO	Beija 2006
0,69	EQ-5D	Everdsen 2007
0,81	15D	Lillegraven 2007
0,64	SF-6D	Lillegraven 2007
0,6	EQ-5D	Lillegraven 2007
0,53	RS	Salaffi 2002
0,78	TTO	Salaffi 2002
0,64	SF-6D	Slatkowsky-Christensen 2009
0,63	SF-6D	Slatkowsky-Christensen 2007
0,77	TTO	Tijhuis 2000
0,6	RS	Tijhuis 2000
0,71	TTO	Tijhuis 2001
0,57	RS	Tijhuis 2001
0,69	EuroQol	Tijhuis 2001
0,66	VAS	Tijhuis 2001
0,645	SF-6D	Uhlig 2007
0,63	EQ-5D	Verstappen 2007
0,58	TTO	Chang 2009
0,71	HUI2 (MAUT)	Marra 2005
0,53	HUI3 (MAUT)	Marra 2005
0,63	SF-6D (MAUT)	Marra 2005
0,66	EQ-5D (MAUT)	Marra 2005
0,59	HUI3 (multiple linear regression model)	Marra 2007
0,54	SF-6D multiple linear regression model)	Marra 2007
0,38	EQ-5D multiple linear regression model)	Marra 2007
0,43	HUI2 (multiple linear regression model)	Marra 2007
0,88	SG	Witney 2006
0,86	TTO	Witney 2006
0,52	EQ-5D	Witney 2006
0,509	VAS	Wong 2002
0,621	VAS	Wong 2002
0,69	SF-6D	Wolfe 2010
0,73	US EQ-5D	Wolfe 2010
0,64	UK EQ-5D	Wolfe 2010
0,27	HUI3	Mittendorf 2007
0,29	HUI3	Mittendorf 2007
0,630227	Wartość uśredniona	

Tabela 16. Średnia zmiana wyniku HAQ po 52 miesiącach terapii lekami biologicznymi - [REDACTED]

Badanie	Wynik	
	N	Średnia
DE019	207	-0,7

Tabela 17. Średnia zmiana wyniku HAQ po 26 miesiącach terapii lekami biologicznymi - [REDACTED]

[REDACTED]	[REDACTED]	
	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

2.9 Analiza wrażliwości

W analizie wrażliwości został poddany ocenie wpływ zmiany założeń klinicznych, oraz redukcji ceny golimumabu.

Testowano następujące zmienne:

- Średni wiek pacjentów włączanych do programu (zakres zmienności zbliżony do rozkładu wieku w populacji zidentyfikowanych w systematycznym przeglądzie RCT):
 - Scenariusz A1 – 40 lat,
 - Scenariusz A2 – 60 lat.
- Odsetek pacjentów, którzy przerywają leczenie po 3 miesiącach terapii z powodu braku skuteczności:
 - Scenariusz B1 – 13,5% i 39,3% pacjentów odpowiednio w I i II linii leczenia przerywa leczenie z powodu braku odpowiedzi na leczenie (patrz tabela 3 i 7),
 - Scenariusz B2 – 40,3% i 62,6% pacjentów odpowiednio w I i II linii leczenia przerywa leczenie z powodu braku odpowiedzi na leczenie (patrz tabela 3 i 7).
- Odsetek pacjentów, którzy przerywają leczenie po 6 miesiącach terapii z powodu uzyskania remisji:
 - Scenariusz C1 – 42,7% i 56,0% pacjentów odpowiednio w I i II linii leczenia przerywa leczenie z powodu uzyskania remisji (patrz tabela 5 i 9),
 - Scenariusz C2 – 19,7% i 1,0% pacjentów odpowiednio w I i II linii leczenia przerywa leczenie z powodu uzyskania remisji (patrz tabela 5 i 9),
 - Scenariusz C3 – 0,0% w I i II linii leczenia pacjentów przerywa leczenie z powodu uzyskania remisji (lub żaden pacjent nie uzyskuje remisji).
- Roczne prawdopodobieństwo przerwania leczenia z powodu innych przyczyn niż brak odpowiedzi lub remisja choroby:
 - Scenariusz D1 – 9,2% pacjentów przerywa rocznie leczenie (patrz aneks 1),
 - Scenariusz D2 – 33,3% pacjentów przerywa rocznie leczenie (patrz aneks 1).
- Prawdopodobieństwo zgonu w populacji z RZS:
 - Scenariusz E – ryzyko zgonu w populacji z RZS takie same jak w populacji ogólnej.

W oparciu o wyniki jednoczynnikowej analizy wrażliwości zdefiniowano scenariusze minimalny i maksymalny analizy, które odpowiadają minimalne i maksymalne wartości zmiennych testowanych w analizie jednoczynnikowej.

3 Wyniki

3.1 Analiza podstawowa

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Tabela 20. Roczne koszty całkowite i inkrementalne terapii – analiza podstawowa

Lek						
[Redacted]						

Tabela 21. Roczne koszty całkowite i inkrementalne terapii – analiza podstawowa – II linia leczenia.

Lek						
[Redacted]						

3.2 Analiza wrażliwości

3.2.1 Jednoczynnikowa analiza wrażliwości

A large table representing a univariate sensitivity analysis is almost entirely redacted with black bars. Only a few cells are visible: a small black rectangle at the top left, a small white cell in the second row, second column, and a row of seven small black rectangles in the eleventh row, each separated by a small white gap. The rest of the table is obscured by solid black blocks.

[Redacted]

Analiza wrażliwości wykazała, że dla niemal wszystkich przyjętych założeń, terapia golimumabem w [Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]				
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

3.2.2 Wieloczynnikowa analiza wrażliwości

W oparciu o wyniki jednoczynnikowej analizy wrażliwości zdefiniowano scenariusze minimalny i maksymalny analizy, które odpowiadają minimalne i maksymalne wartości zmiennych testowanych w analizie jednoczynnikowej. W tabelach 26 i 27 zestawiono zmienne testowane w analizie wieloczynnikowej.

Tabela 26. Założenia analizy wieloczynnikowej – ██████████

Testowana zmienna	Scenariusz najbardziej prawdopodobny	Scenariusz minimalny	Scenariusz maksymalny
Średni wiek pacjentów włączanych do programu	50	60	40
Odsetek pacjentów, którzy przerywają leczenie po 3 miesiącach terapii z powodu braku skuteczności	24,5%	40,3%	13,5%
Odsetek pacjentów, którzy przerywają leczenie po 6 miesiącach terapii z powodu uzyskania remisji	30,0%	42,7%	0%
Prawdopodobieństwo zgonu w populacji z ŁZS	1,27 x prawdopodobieństwo w populacji ogólnej	1,27 x prawdopodobieństwo w populacji ogólnej	równy prawdopodobieństwu w populacji ogólnej
Roczne prawdopodobieństwo przerwania leczenia z powodu innych przyczyn niż brak odpowiedzi lub remisja choroby	14,9%	33,3%	9,2%
██████████	██████████	██████████	██████████

Tabela 27. Założenia analizy wieloczynnikowej – ██████████

Testowana zmienna	Scenariusz najbardziej prawdopodobny	Scenariusz minimalny	Scenariusz maksymalny
Średni wiek pacjentów włączanych do programu	50	60	40
Odsetek pacjentów, którzy przerywają leczenie po 3 miesiącach terapii z powodu braku skuteczności	51,0%	62,6%	39,3%
Odsetek pacjentów, którzy przerywają leczenie po 6 miesiącach terapii z powodu uzyskania remisji	10,2%	56,0%	0%
Prawdopodobieństwo zgonu w populacji z ŁZS	1,27 x prawdopodobieństwo w populacji ogólnej	1,27 x prawdopodobieństwo w populacji ogólnej	równy prawdopodobieństwu w populacji ogólnej
Roczne prawdopodobieństwo przerwania leczenia z powodu innych przyczyn niż brak odpowiedzi lub remisja choroby	14,9%	33,3%	9,2%
██████████	██████████	██████████	██████████

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]							
Scenariusz	[Redacted]			[Redacted]		[Redacted]	
	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]							
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	
[Redacted]							
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]			
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]			

[Redacted]										
[Redacted]										
Scenariusz	[Redacted]				[Redacted]			[Redacted]		
	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]										
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]		
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]		
[Redacted]										
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]					
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]					

3.3 Analiza ilorazu kosztu i efektu

██████████

Szacowanie ilorazu kosztu i efektu obliczono ██████████

██████████ zakładając, że przez cały okres obserwacji pacjenci otrzymują leczenie tj. nie uwzględniono wszystkich parametrów opisanych w rozdziale 2.2.1 (prawdopodobieństw: zgonu, przerywania leczenia po 3 miesiącach terapii z powodu braku skuteczności, przerywania leczenia z powodu innych przyczyn niż brak odpowiedzi lub remisja choroby).

W tabeli poniżej zestawiono ██████████

██████████

██████████	██████████	██████████	██████████
██████████	██████████	██████████	██████████
██████████	██████████	██████████	██████████
██████████	██████████	██████████	██████████

██████████

Szacowanie ilorazu kosztu i efektu obliczono ██████████

██████████ obserwacji, zakładając, że przez cały okres obserwacji pacjenci otrzymują leczenie tj. nie uwzględniono wszystkich parametrów opisanych w rozdziale 2.2.2 (prawdopodobieństw: zgonu, przerywania leczenia po 3 miesiącach terapii z powodu braku skuteczności, przerywania leczenia z powodu innych przyczyn niż brak odpowiedzi lub remisja choroby).

W tabeli poniżej zestawiono ██████████

██████████

██████████	██████████	██████████	██████████
██████████	██████████	██████████	██████████
██████████	██████████	██████████	██████████
██████████	██████████	██████████	██████████
██████████	██████████	██████████	██████████

4 Dyskusja

Celem niniejszej analizy było porównanie [REDACTED]
[REDACTED] terapii dorosłych chorych z ak-
tywną i postępującą postacią reumatoidalnego zapalenia stawów. [REDACTED]

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]



5 Podsumowanie i wnioski

Analiza wykazała, że [redacted] golimumabem
wyniosły [redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[REDACTED]

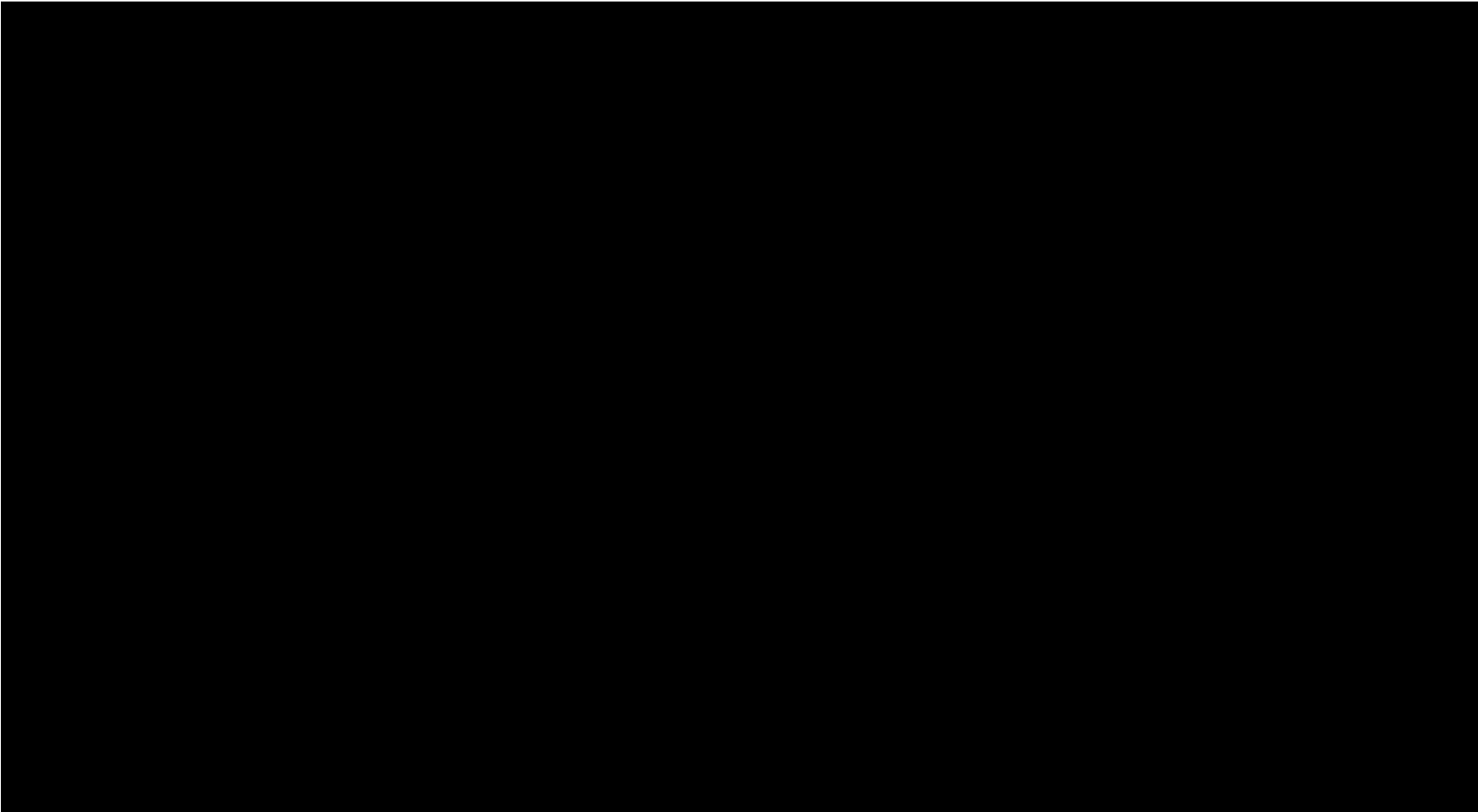
[REDACTED]

[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

[REDACTED]		
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

[REDACTED]		
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

[REDACTED]		
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]



[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted]							[Redacted]				
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]							[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	⊕⊕⊕⊕
[Redacted]							[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	⊕⊕⊕⊕
[Redacted]							[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

[Redacted]												
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	⊕○○○
[Redacted]												
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	⊕⊕○○
[Redacted]												
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	⊕⊕○○
[Redacted]												
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	⊕⊕○○
[Redacted]												

[Redacted]											
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	⊕⊕⊕⊕
[Redacted]											
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	⊕⊕⊕⊕
[Redacted]											
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	⊕⊕⊕⊕
[Redacted]											
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	⊕⊕⊕⊕
[Redacted]											

Ocena jakości dowodów

[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	⊕⊕⊕⊕
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	⊕⊕⊕⊕
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	⊕⊕⊕⊕
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	⊕⊕⊕⊕
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	⊕⊕⊕⊕

1												⊕⊕⊕⊕
[Redacted]												
												⊕⊕⊕⊕
[Redacted]												
												⊕⊕⊕⊕
[Redacted]												
												⊕⊕⊕⊕
[Redacted]												
												⊕⊕⊕⊕
[Redacted]												
												⊕⊕⊕⊕
[Redacted]												

Punkt końcowy	[Redacted]			[Redacted]	
	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]		[Redacted]		[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]		[Redacted]		[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]		[Redacted]		[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

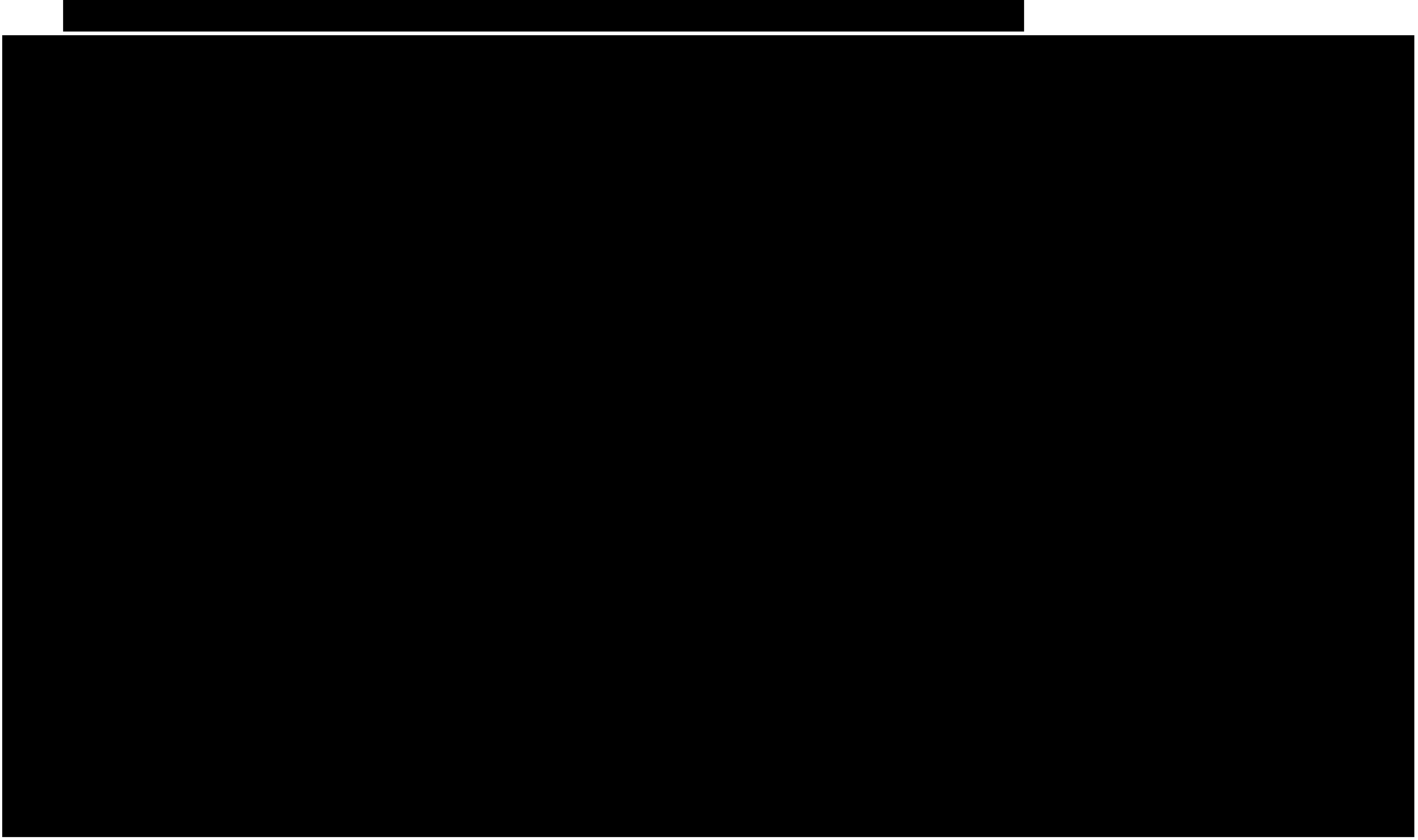
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]



Aneks 7. Przegląd wartości użyteczności dla RZS – prace włączone

Kod badania	Referencje
Adams 2010	Adams R, Walsh C, Veale D, Bresnihan B, FitzGerald O, Barry M. Understanding the relationship between the EQ-5D, SF-6D, HAQ and disease activity in inflammatory arthritis. <i>Pharmacoeconomics</i> . 2010;28(6):477-87.
Adams 2011	Adams R, Craig BM, Walsh CD, Veale DJ, Bresnihan B, FitzGerald O, Barry M. The impact of a revised EQ-5D population scoring on preference-based utility scores in an inflammatory arthritis cohort. <i>Value Health</i> . 2011 Sep-Oct;14(6):921-7.
Ariza-Ariza 2006	Ariza-Ariza R, Hernández-Cruz B, Carmona L, Dolores Ruiz-Montesinos M, Ballina J, Navarro-Sarabia F; Costs and Quality of Life in Rheumatoid Arthritis Study Group. Assessing utility values in rheumatoid arthritis: a comparison between time trade-off and the EuroQol. <i>Arthritis Rheum</i> . 2006 Oct 15;55(5):751-6.
Bae 2003	Bae SC, Corzillius M, Kuntz KM, Liang MH. Cost-effectiveness of low dose corticosteroids versus non-steroidal anti-inflammatory drugs and COX-2 specific inhibitors in the long-term treatment of rheumatoid arthritis. <i>Rheumatology (Oxford)</i> . 2003 Jan;42(1):46-53.
Bansback 2005	Bansback NJ, Brennan A, Ghatnekar O. Cost effectiveness of adalimumab in the treatment of patients with moderate to severe rheumatoid arthritis in Sweden. <i>Ann Rheum Dis</i> . 2005 Jul;64(7):995-1002.
Bansback 2008	Bansback N, Ara R, Karnon J, Anis A. Economic evaluations in rheumatoid arthritis: a critical review of measures used to define health States. <i>Pharmacoeconomics</i> . 2008;26(5):395-408.
Bejia 2006	Bejia I, Salem KB, Touzi M, Bergaoui N. Measuring utilities by the time trade-off method in Tunisian rheumatoid arthritis patients. <i>Clin Rheumatol</i> . 2006 Feb;25(1):38-41.
Benucci 2011	Benucci M, Saviola G, Baiardi P, Manfredi M. Cost-effectiveness treatment with Rituximab in patients with rheumatoid arthritis in real life. <i>Rheumatol Int</i> . 2011 Nov;31(11):1465-9.
Bessette 2009	Bessette L, Risebrough N, Mittmann N, Roussy JP, Ho J, Zlateva G. Cost-utility of celecoxib use in different treatment strategies for osteoarthritis and rheumatoid arthritis from the Quebec healthcare system perspective. <i>J Med Econ</i> . 2009 Sep;12(3):246-58.
Brennan 2004	Brennan A, Bansback N, Reynolds A, Conway P. Modelling the cost-effectiveness of etanercept in adults with rheumatoid arthritis in the UK. <i>Rheumatology (Oxford)</i> . 2004 Jan;43(1):62-72.
Brennan 2007	Brennan A, Bansback N, Nixon R, Madan J, Harrison M, Watson K, Symmons D. Modelling the cost effectiveness of TNF-alpha antagonists in the management of rheumatoid arthritis: results from the British Society for Rheumatology Biologics Registry. <i>Rheumatology (Oxford)</i> . 2007 Aug;46(8):1345-54.
Buitinga 2012	Buitinga L, Braakman-Jansen LM, Taal E, Kievit W, Visser H, van Riel PL, van de Laar MA. Comparative responsiveness of the EuroQol-5D and Short Form 6D to improvement in patients with rheumatoid arthritis treated with tumor necrosis factor blockers: results of the Dutch Rheumatoid Arthritis Monitoring registry. <i>Arthritis Care Res (Hoboken)</i> . 2012 Jun;64(6):826-32.
Buitinga 2012a	Buitinga L, Braakman-Jansen LM, Taal E, van de Laar MA. Construct validity of the interview time trade-off and computer time trade-off in patients with rheumatoid arthritis: a cross-sectional observational pilot study. <i>BMC Musculoskelet Disord</i> . 2012 Jun 25;13:112.
Carreno 2011	Carreño A, Fernández I, Badia X, Varela C, Roset M. Using HAQ-DI to estimate HUI-3 and EQ-5D utility values for patients with rheumatoid arthritis in Spain. <i>Value Health</i> . 2011 Jan;14(1):192-200.
Chang 2010	Chang H.C. Chen L.C. Tsai W.C. Assessing health-related quality of life in 62ocilizumab rheumatoid arthritis patients by applying time-trade-off and EQ-5D methods. <i>Value in Health (2010) 13:3 (A130)</i> . – 62ocilizumab konferencyjny
Chiou 2004	Chiou CF, Choi J, Reyes CM. Cost-effectiveness analysis of biological treatments for rheumatoid arthritis. <i>Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res</i> . 2004 Jun;4(3):307-15.
Chiou 2005	Chiou CF, Weisman M, Sherbourne CD, Reyes C, Dylan M, Ofman J, Wallace DJ, Mizutani W, Suarez-Almazor ME. Measuring preference weights for American college of rheumatology response criteria for patients with rheumatoid arthritis. <i>J Rheumatol</i> . 2005 Dec;32(12):2326-9.
Clark 2004	Clark W, Jobanputra P, Barton P, Burls A. The clinical and cost-effectiveness of anakinra for the treatment of rheumatoid arthritis in adults: a systematic review and economic analysis. <i>Health Technol Assess</i> . 2004 May;8(18):iii-iv, ix-x, 1-105. Review.
Diamantopoulos 2012	Diamantopoulos A, Benucci M, Capri S, Berger W, Wintfeld N, Giuliani G, Ricciardi W. Economic evaluation of 62ocilizumab combination in the treatment of moderate-to-severe rheumatoid arthritis in Italy. <i>J Med Econ</i> . 2012;15(3):576-85.
Everdsen 2007	Eversden L, Maggs F, Nightingale P, Jobanputra P. A pragmatic 62ocilizumab controlled trial of hydrotherapy and land exercises on overall well being and quality of life in rheumatoid arthritis. <i>BMC Musculoskelet Disord</i> . 2007 Mar 1;8:23.
Gulfe 2010	Gülfe A, Kristensen LE, Saxne T, Jacobsson LT, Petersson IF, Geborek P. Utility-based outcomes made easy: the number needed per quality-adjusted life year gained. An observational cohort study of tumor necrosis factor blockade in inflammatory arthritis from Southern Sweden. <i>Arthritis Care Res (Hoboken)</i> . 2010 Oct;62(10):1399-406.
Harrison 2010	Harrison MJ, Lunt M, Verstappen SM, Watson KD, Bansback NJ, Symmons DP. Exploring the validity of estimating EQ-5D and SF-6D utility values from the health assessment questionnaire in patients with inflammatory arthritis. <i>Health Qual Life Outcomes</i> . 2010 Feb 11;8:21.

Golimumab w terapii reumatoidalnego zapalenia stawów – analiza ekonomiczna

Kod badania	Referencje
Hurst 1997	Hurst NP, Kind P, Ruta D, Hunter M, Stubbings A. Measuring health-related quality of life in rheumatoid arthritis: validity, responsiveness and reliability of EuroQol (EQ-5D). <i>Br J Rheumatol.</i> 1997 May;36(5):551-9.
Inotai 2012	Inotai A, Rojkovich B, Fülöp A, Jászay E, Agh T, Mészáros A. Health-related quality of life and utility in patients receiving biological and non-biological treatments in rheumatoid arthritis. <i>Rheumatol Int.</i> 2012 Apr;32(4):963-9.
Karlsson 2011	Karlsson JA, Nilsson JÅ, Neovius M, Kristensen LE, Gülfe A, Saxne T, Geborek P. National EQ-5D tariffs and quality-adjusted life-year estimation: comparison of UK, US and Danish utilities in south Swedish rheumatoid arthritis patients. <i>Ann Rheum Dis.</i> 2011 Dec;70(12):2163-6.
Kielhorn 2008	Kielhorn A, Porter D, Diamantopoulos A, Lewis G. UK cost-utility analysis of rituximab in patients with rheumatoid arthritis that failed to respond adequately to a biologic disease-modifying antirheumatic drug. <i>Curr Med Res Opin.</i> 2008 Sep;24(9):2639-50.
Kievit 2011	Kievit W, Fransen J, Adang EM, den Broeder AA, Bernelot Moens HJ, Visser H, van de Laar MA, van Riel PL. Long-term effectiveness and safety of TNF-blocking agents in daily clinical practice: results from the Dutch Rheumatoid Arthritis Monitoring register. <i>Rheumatology (Oxford).</i> 2011 Jan;50(1):196-203.
Kobelt 1999	Kobelt G, Eberhardt K, Jönsson L, Jönsson B. Economic consequences of the progression of rheumatoid arthritis in Sweden. <i>Arthritis Rheum.</i> 1999 Feb;42(2):347-56.
Kobelt 2002a	Kobelt G, Jönsson L, Lindgren P, Young A, Eberhardt K. Modeling the progression of rheumatoid arthritis: a two-country model to estimate costs and consequences of rheumatoid arthritis. <i>Arthritis Rheum.</i> 2002 Sep;46(9):2310-9.
Kobelt 2003	Kobelt G, Jönsson L, Young A, Eberhardt K. The cost-effectiveness of infliximab (Remicade) in the treatment of rheumatoid arthritis in Sweden and the United Kingdom based on the ATTRACT study. <i>Rheumatology (Oxford).</i> 2003 Feb;42(2):326-35.
Kobelt 2004	Kobelt G, Eberhardt K, Geborek P. TNF inhibitors in the treatment of rheumatoid arthritis in clinical practice: costs and outcomes in a follow up study of patients with RA treated with etanercept or infliximab in southern Sweden. <i>Ann Rheum Dis.</i> 2004 Jan;63(1):4-10.
Kobelt 2005	Kobelt G, Lindgren P, Singh A, Klareskog L. Cost effectiveness of etanercept (Enbrel) in combination with methotrexate in the treatment of active rheumatoid arthritis based on the TEMPO trial. <i>Ann Rheum Dis.</i> 2005 Aug;64(8):1174-9.
Kobelt 2005a	Kobelt G, Lindgren P, Lindroth Y, Jacobson L, Eberhardt K. Modelling the effect of function and disease activity on costs and quality of life in rheumatoid arthritis. <i>Rheumatology (Oxford).</i> 2005 Sep;44(9):1169-75.
Kobelt 2008	Kobelt G, Woronoff AS, Richard B, Peeters P, Sany J. Disease status, costs and quality of life of patients with rheumatoid arthritis in France: the ECO-PR Study. <i>Joint Bone Spine.</i> 2008 Jul;75(4):408-15.
Tanno 2006	Tanno M, Nakamura I, Ito K, Tanaka H, Ohta H, Kobayashi M, Tachihara A, Nagashima M, Yoshino S, Nakajima A. Modeling and cost-effectiveness analysis of etanercept in adults with rheumatoid arthritis in Japan: a preliminary analysis. <i>Mod Rheumatol.</i> 2006;16(2):77-84.
Langley 2011	Langley PC, Mu R, Wu M, Dong P, Tang B. The impact of rheumatoid arthritis on the burden of disease in urban China. <i>J Med Econ.</i> 2011;14(6):709-19.
Li 2006	Li LC, Maetzel A, Davis AM, Lineker SC, Bombardier C, Coyte PC. Primary therapist model for patients referred for rheumatoid arthritis rehabilitation: a cost-effectiveness analysis. <i>Arthritis Rheum.</i> 2006 Jun 15;55(3):402-10.
Lillegraven 2007	Lillegraven S, Kvien TK. Measuring disability and quality of life in established rheumatoid arthritis. <i>Best Pract Res Clin Rheumatol.</i> 2007 Oct;21(5):827-40.
Lillegraven 2010	Lillegraven S, Kristiansen IS, Kvien TK. Comparison of utility measures and their relationship with other health status measures in 1041 patients with rheumatoid arthritis. <i>Ann Rheum Dis.</i> 2010 Oct;69(10):1762-7.
Lyseng 2004	Lyseng-Williamson KA, Plosker GL. Etanercept: a pharmacoeconomic review of its use in rheumatoid arthritis. <i>Pharmacoeconomics.</i> 2004;22(16):1071-95.
Maetzel 2002	Maetzel A, Strand V, Tugwell P, Wells G, Bombardier C. Cost effectiveness of adding leflunomide to a 5-year strategy of conventional disease-modifying antirheumatic drugs in patients with rheumatoid arthritis. <i>Arthritis Rheum.</i> 2002 Dec 15;47(6):655-61.
Li 2006	Li LC, Maetzel A, Davis AM, Lineker SC, Bombardier C, Coyte PC. Primary therapist model for patients referred for rheumatoid arthritis rehabilitation: a cost-effectiveness analysis. <i>Arthritis Rheum.</i> 2006 Jun 15;55(3):402-10.
Marra 2005	Marra CA, Woolcott JC, Kopec JA, Shojania K, Offer R, Brazier JE, Esdaile JM, Anis AH. A comparison of generic, indirect utility measures (the HUI2, HUI3, SF-6D, and the EQ-5D) and disease-specific instruments (the RAQoL and the HAQ) in rheumatoid arthritis. <i>Soc Sci Med.</i> 2005 Apr;60(7):1571-82.
Marra 2007	Marra CA, Marion SA, Guh DP, Najafzadeh M, Wolfe F, Esdaile JM, Clarke AE, Gignac MA, Anis AH. Not all "quality-adjusted life years" are equal. <i>J Clin Epidemiol.</i> 2007 Jun;60(6):616-24.
Mittendorf 2007	Mittendorf T, Dietz B, Sterz R, Kupper H, Cifaldi MA, von der Schulenburg JM. Improvement and longterm maintenance of quality of life during treatment with adalimumab in severe rheumatoid arthritis. <i>J Rheumatol.</i> 2007 Dec;34(12):2343-50.
Nguyen 2012	Nguyen CM, Bounthavong M, Mendes MA, Christopher ML, Tran JN, Kazerooni R, Morreale AP. Cost utility of tumour necrosis factor- α inhibitors for rheumatoid arthritis: an application of Bayesian methods for evidence synthesis in a Markov model. <i>Pharmacoeconomics.</i> 2012 Jul 1;30(7):575-93.

Kod badania	Referencje
Peeters 1999	Peeters HR, Jongen-Lavrencic M, Bakker CH, Vreugdenhil G, Breedveld FC, Swaak AJ. Recombinant human erythropoietin improves health-related quality of life in patients with rheumatoid arthritis and anaemia of chronic disease; utility measures correlate strongly with disease activity measures. <i>Rheumatol Int.</i> 1999;18(5-6):201-6.
Peeters 2010	Peeters Y, Ranchor AV, Vliet Vlieland TP, Stiggelbout AM. Effect of adaptive abilities on utilities, direct or mediated by mental health? <i>Health Qual Life Outcomes.</i> 2010 Nov 12;8:130.
Rashidi 2006	Rashidi AA, Anis AH, Marra CA. Do visual analogue scale (VAS) derived standard gamble (SG) utilities agree with Health Utilities Index utilities? A comparison of patient and community preferences for health status in rheumatoid arthritis patients. <i>Health Qual Life Outcomes.</i> 2006 Apr 20;4:25.
Salaffi 2002	Salaffi F, Stancati A, Carotti M. Responsiveness of health status measures and utility-based methods in patients with rheumatoid arthritis. <i>Clin Rheumatol.</i> 2002 Nov;21(6):478-87.
Schädlich 2005	Schädlich PK, Zeidler H, Zink A, Gromnica-Ihle E, Schneider M, Straub C, Brecht JG, Huppertz E. Modelling cost effectiveness and cost utility of sequential DMARD therapy including leflunomide for rheumatoid arthritis in Germany: II. The contribution of leflunomide to efficiency. <i>Pharmacoeconomics.</i> 2005;23(4):395-420.
Slatkowsky-Christensen 2009	Slatkowsky-Christensen B, Mowinckel P, Kvien TK. Health status and perception of pain: a comparative study between female patients with hand osteoarthritis and rheumatoid arthritis. <i>Scand J Rheumatol.</i> 2009;38(5):342-8.
Slatkowsky-Christensen 2007	Slatkowsky-Christensen B, Mowinckel P, Loge JH, Kvien TK. Health-related quality of life in women with symptomatic hand osteoarthritis: a comparison with rheumatoid arthritis patients, healthy controls, and normative data. <i>Arthritis Rheum.</i> 2007 Dec 15;57(8):1404-9.
Suarez-Almazor 2001	Suarez-Almazor ME, Conner-Spady B. Rating of arthritis health states by patients, physicians, and the general public. Implications for cost-utility analyses. <i>J Rheumatol.</i> 2001 Mar;28(3):648-56.
Suter 2011	Suter LG, Fraenkel L, Braithwaite RS. Cost-effectiveness of adding magnetic resonance imaging to rheumatoid arthritis management. <i>Arch Intern Med.</i> 2011 Apr 11;171(7):657-67.
Tijhuis 2000	Tijhuis GJ, Jansen SJ, Stiggelbout AM, Zwiderman AH, Hazes JM, Vliet Vlieland TP. Value of the time trade off method for measuring utilities in patients with rheumatoid arthritis. <i>Ann Rheum Dis.</i> 2000 Nov;59(11):892-7.
Tijhuis 2001	Tijhuis GJ, de Jong Z, Zwiderman AH, Zuijderduin WM, Jansen LM, Hazes JM, Vliet Vlieland TP. The validity of the Rheumatoid Arthritis Quality of Life (RAQoL) questionnaire. <i>Rheumatology (Oxford).</i> 2001 Oct;40(10):1112-9.
Torrance 2004	Torrance GW, Tugwell P, Amorosi S, Chartash E, Sengupta N. Improvement in health utility among patients with rheumatoid arthritis treated with adalimumab (a human anti-TNF monoclonal antibody) plus methotrexate. <i>Rheumatology (Oxford).</i> 2004 Jun;43(6):712-8.
Uhlig 2007	Uhlig T, Loge JH, Kristiansen IS, Kvien TK. Quantification of reduced health-related quality of life in patients with rheumatoid arthritis compared to the general population. <i>J Rheumatol.</i> 2007 Jun;34(6):1241-7.
Van der Hout 2003	van den Hout WB, Tijhuis GJ, Hazes JM, Breedveld FC, Vliet Vlieland TP. Cost effectiveness and cost utility analysis of multidisciplinary care in patients with rheumatoid arthritis: a 64ocilizuma comparison of clinical nurse specialist care, inpatient team care, and day patient team care. <i>Ann Rheum Dis.</i> 2003 Apr;62(4):308-15.
Van der Hout 2005	van den Hout WB, de Jong Z, Munneke M, Hazes JM, Breedveld FC, Vliet Vlieland TP. Cost-utility and cost-effectiveness analyses of a long-term, high-intensity exercise program compared with conventional physical therapy in patients with rheumatoid arthritis. <i>Arthritis Rheum.</i> 2005 Feb 15;53(1):39-47.
Vera-Llonch 2008	Vera-Llonch M, Massarotti E, Wolfe F, Shadick N, Westhovens R, Sofrygin O, Maclean R, Yuan Y, Oster G. Cost-effectiveness of abatacept in patients with moderately to severely active rheumatoid arthritis and inadequate response to methotrexate. <i>Rheumatology (Oxford).</i> 2008 Apr;47(4):535-41.
Vera-Llonch 2008	Vera-Llonch M, Massarotti E, Wolfe F, Shadick N, Westhovens R, Sofrygin O, Maclean R, Li T, Oster G. Cost-effectiveness of abatacept in patients with moderately to severely active rheumatoid arthritis and inadequate response to tumor necrosis factor-alpha antagonists. <i>J Rheumatol.</i> 2008 Sep;35(9):1745-53.
Verstappen 2007	Verstappen SM, Jacobs JW, van der Heijde DM, van der Linden S, Verhoef CM, Bijlsma JW, Boonen A. Utility and direct costs: ankylosing spondylitis compared with rheumatoid arthritis. <i>Ann Rheum Dis.</i> 2007 Jun;66(6):727-31.
Virkki 2008	Virkki LM, Kontinen YT, Peltomaa R, Suontama K, Saario R, Immonen K, Jääntti J, Tuomiranta T, Nykänen P, Hämeenkorpi R, Heikkilä S, Isomäki P, Nordström D. Cost-effectiveness of infliximab in the treatment of rheumatoid arthritis in clinical practice. <i>Clin Exp Rheumatol.</i> 2008 Nov-Dec;26(6):1059-66.
Wailoo 2008	Wailoo AJ, Bansback N, Brennan A, Michaud K, Nixon RM, Wolfe F. Biologic drugs for rheumatoid arthritis in the Medicare program: a cost-effectiveness analysis. <i>Arthritis Rheum.</i> 2008 Apr;58(4):939-46.
Welsing 2006	Welsing PM, Severens JL, Hartman M, van Gestel AM, van Riel PL, Laan RF. The initial validation of a Markov model for the economic evaluation of (new) treatments for rheumatoid arthritis. <i>Pharmacoeconomics.</i> 2006;24(10):1011-20.
Witney 2006	Witney AG, Treharne GJ, Tavakoli M, Lyons AC, Vincent K, Scott DL, Kitis GD. The relationship of medical, demographic and psychosocial factors to direct and indirect health utility instruments in rheumatoid arthritis. <i>Rheumatology (Oxford).</i> 2006 Aug;45(8):975-81.
Wolfe 2010	Wolfe F, Michaud K, Wallenstein G. Scale characteristics and mapping accuracy of the US EQ-5D, UK EQ-5D, and SF-6D in patients with rheumatoid arthritis. <i>J Rheumatol.</i> 2010 Aug 1;37(8):1615-25.
Wong 2002	Wong JB, Singh G, Kavanaugh A. Estimating the cost-effectiveness of 54 weeks of infliximab for rheumatoid arthritis. <i>Am J Med.</i> 2002 Oct 1;113(5):400-8.

Golimumab w terapii reumatoidalnego zapalenia stawów – analiza ekonomiczna

Kod badania	Referencje
Yuan 2010	Yuan Y, Trivedi D, Maclean R, Rosenblatt L. Indirect cost-effectiveness analyses of abatacept and rituximab in patients with moderate-to-severe rheumatoid arthritis in the United States. J Med Econ. 2010 Mar;13(1):33-41.

Aneks 8. Przegląd wartości użyteczności dla RZS – prace wykluczone

Kod badania	Referencje	Przyczyna wykluczenia
Amjadi 2010	Amjadi SS, Maranian PM, Paulus HE, Kaplan RM, Ranganath VK, Furst DE, Khanna PP, Khanna D; Western Consortium of Practicing Rheumatologists. Validating and assessing the sensitivity of the Health Assessment Questionnaire-Disability Index-derived Short Form-6D in patients with early aggressive rheumatoid arthritis. <i>J Rheumatol.</i> 2009 Jun;36(6):1150-7.	Wczesna agresywna postać RZS
Allaart 2007	Allaart CF, Breedveld FC, Dijkmans BA. Treatment of recent-onset rheumatoid arthritis: lessons from the BeSt study. <i>J Rheumatol Suppl.</i> 2007 Nov;80:25-33.	Brak wartości użyteczności
Andrews 2006	Andrews G, Simonella L, Lapsley H, Sanderson K, March L. Evidence-based medicine is affordable: the cost-effectiveness of current compared with optimal treatment in rheumatoid and osteoarthritis. <i>J Rheumatol.</i> 2006 Apr;33(4):671-80.	Brak wartości użyteczności, raportowane wartości <i>disability</i>
Bansback 2008a	Bansback N, Harrison M, Brazier J, Davies L, Kopec J, Marra C, Symmons D, Anis A. Health state utility values: a description of their development and application for rheumatic diseases. <i>Arthritis Rheum.</i> 2008 Jul 15;59(7):1018-26.	Opracowanie wtórne
Bansback 2007	Bansback N, Marra C, Tsuchiya A, Anis A, Guh D, Hammond T, Brazier J. Using the health assessment questionnaire to estimate preference-based single indices in patients with rheumatoid arthritis. <i>Arthritis Rheum.</i> 2007 Aug 15;57(6):963-71.	Brak wartości użyteczności
Bansback 2009	Bansback N, Ara R, Ward S, Anis A, Choi HK. Statin therapy in rheumatoid arthritis: a cost-effectiveness and value-of-information analysis. <i>Pharmacoeconomics.</i> 2009;27(1):25-37.	Brak wartości użyteczności dla zdefiniowanych w niniejszej analizie stanów zdrowia
Barbieri 2005	Barbieri M, Wong JB, Drummond M. The cost effectiveness of infliximab for severe treatment-resistant rheumatoid arthritis in the UK. <i>Pharmacoeconomics.</i> 2005;23(6):607-18.	Brak wartości użyteczności dla zdefiniowanych w niniejszej analizie stanów zdrowia
Bell 1990	Bell MJ, Bombardier C, Tugwell P. Measurement of functional status, quality of life, and utility in rheumatoid arthritis. <i>Arthritis Rheum.</i> 1990 Apr;33(4):591-601.	Brak wolnego dostępu do pełnego tekstu
Benitha 2007	Benitha R, Tikly M. Functional disability and health-related quality of life in South Africans with rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus. <i>Clin Rheumatol.</i> 2007 Jan;26(1):24-9.	Brak wartości użyteczności
Bennett 1991	Bennett K, Torrance G, Tugwell P. Methodologic challenges in the development of utility measures of health-related quality of life in rheumatoid arthritis. <i>Control Clin Trials.</i> 1991 Aug;12(4 Suppl):118S-128S.	Brak wartości użyteczności
Birrell 1998	Birrell FN, Hassell AB, Jones PW, Dawes PT. Why not use OSRA? A comparison of Overall Status in Rheumatoid Arthritis (RA) with ACR core set and other indices of disease activity in RA. <i>J Rheumatol.</i> 1998 Sep;25(9):1709-15.	Brak wolnego dostępu do pełnego tekstu
Bombardieri 1986	Bombardier C, Ware J, Russell IJ, Larson M, Chalmers A, Read JL. Auranofin therapy and quality of life in patients with rheumatoid arthritis. Results of a multicenter trial. <i>Am J Med.</i> 1986 Oct;81(4):565-78.	Brak wolnego dostępu do pełnego tekstu
Berquist 1995	Bergquist SR, Felson DT, Prashker MJ, Freedberg KA. The cost-effectiveness of liver biopsy in rheumatoid arthritis patients treated with methotrexate. <i>Arthritis Rheum.</i> 1995 Mar;38(3):326-33.	Brak wolnego dostępu do pełnego tekstu
Bulthuis 2008	Bulthuis Y, Mohammad S, Braakman-Jansen LM, Drossaers-Bakker KW, van de Laar MA. Cost-effectiveness of intensive exercise therapy directly following hospital discharge in patients with arthritis: results of a randomized controlled clinical trial. <i>Arthritis Rheum.</i> 2008 Feb 15;59(2):247-54.	Brak wartości użyteczności
Buitinga 2011	Buitinga L, Braakman-Jansen LM, Taal E, van de Laar MA. A computer Time Trade-Off: a feasible and reliable alternative for the interview Time Trade-Off in rheumatoid arthritis. <i>Clin Exp Rheumatol.</i> 2011 Sep-Oct;29(5):783-9.	Brak wolnego dostępu do pełnego tekstu
Gabriel 1994	Gabriel SE, Campion ME, O'Fallon WM. A cost-utility analysis of misoprostol prophylaxis for rheumatoid arthritis patients receiving nonsteroidal 66ocilizumab66666tory drugs. <i>Arthritis Rheum.</i> 1994 Mar;37(3):333-41.	Brak wolnego dostępu do pełnego tekstu
Cavaliere 2008	Cavaliere CM, Chung KC. Total wrist arthroplasty and total wrist arthrodesis in rheumatoid arthritis: a decision analysis from the hand surgeons' perspective. <i>J Hand Surg Am.</i> 2008 Dec;33(10):1744-55, 1755.e1-2.	Leczenie operacyjne

Golimumab w terapii reumatoidalnego zapalenia stawów – analiza ekonomiczna

Kod badania	Referencje	Przyczyna wykluczenia
Cavaliere 2010	Christi M. Cavaliere, MD, MS1 and Kevin C. Chung, MD, MS2. A cost utility analysis of non-operative management, total wrist arthroplasty, and total wrist fusion in rheumatoid arthritis. <i>J Hand Surg Am.</i> 2010 March; 35(3): 379–391.e2.	Leczenie operacyjne
Gaujoux-Viala 2011	Gaujoux-Viala C, Rat AC, Guillemin F, Flipo RM, Fardellone P, Bourgeois P, Fautrel B. Comparison of the EQ-5D and the SF-6D utility measures in 813 patients with early arthritis: results from the ESPOIR cohort. <i>J Rheumatol.</i> 2011 Aug;38(8):1576-84.	Wczesna postać RZS
Cho 2013	Cho SK, Kim D, Jun JB, Bae SC, Sung YK. Factors influencing quality of life (QOL) for Korean patients with rheumatoid arthritis (RA). <i>Rheumatol Int.</i> 2013 Jan;33(1):93-102.	Ocena czynników wpływających na jakość życia
Choi 2000	Choi HK, Seeger JD, Kuntz KM. A cost-effectiveness analysis of treatment options for patients with methotrexate-resistant rheumatoid arthritis. <i>Arthritis Rheum.</i> 2000 Oct;43(10):2316-27.	Brak wartości użyteczności
Cimmino 2011	Cimmino MA, Leardini G, Salaffi F, Intorcchia M, Bellatreccia A, Dupont D, Beresniak A. Assessing the cost-effectiveness of biologic agents for the management of moderate-to-severe rheumatoid arthritis in anti-TNF inadequate responders in Italy: a 67ocilizu approach. <i>Clin Exp Rheumatol.</i> 2011 Jul-Aug;29(4):633-41. Epub 2011 Aug 31.	Brak wolnego dostępu do pełnego tekstu
Cole 2005	Cole JC, Motivala SJ, Khanna D, Lee JY, Paulus HE, Irwin MR. Validation of single-factor structure and scoring protocol for the Health Assessment Questionnaire-Disability Index. <i>Arthritis Rheum.</i> 2005 Aug 15;53(4):536-42.	Brak wartości użyteczności
Davies 2007	Davies LM, Fargher EA, Tricker K, Dawes P, Scott DL, Symmons D. Is shared care with annual hospital review better value for money than predominantly hospital-based care in patients with established stable rheumatoid arthritis? <i>Ann Rheum Dis</i> 2007;66:658-663.	Brak wartości użyteczności dla zdefiniowanych w niniejszej analizie stanów zdrowia
Davies 2009	Davies A, Cifaldi MA, Segurado OG, Weisman MH. Cost-effectiveness of sequential therapy with tumor necrosis factor antagonists in early rheumatoid arthritis. <i>J Rheumatol.</i> 2009 Jan;36(1):16-26.	Wczesna postać RZS
Drummond 2005	Drummond MF, Barbieri M, Wong JB. Analytic choices in economic models of treatments for rheumatoid arthritis: What makes a difference? <i>Med Decis Making.</i> 2005 Sep-Oct;25(5):520-33.	Opracowanie wtórne, brak wartości użyteczności
Emery 2006	Emery P, Kosinski M, Li T, Martin M, Williams GR, Becker JC, Blaisdell B, Ware JE Jr, Birbara C, Russell AS. Treatment of rheumatoid arthritis patients with abatacept and methotrexate significantly improved health-related quality of life. <i>J Rheumatol.</i> 2006 Apr;33(4):681-9.	Brak wartości użyteczności dla zdefiniowanych w niniejszej analizie stanów zdrowia
Finckh 2009	Finckh A, Bansback N, Marra CA, Anis AH, Michaud K, Lubin S, White M, Sizto S, Liang MH. Treatment of very early rheumatoid arthritis with symptomatic therapy, disease-modifying antirheumatic drugs, or biologic agents: a cost-effectiveness analysis. <i>Ann Intern Med.</i> 2009 Nov 3;151(9):612-21.	Wczesna postać RZS
Ferraz 2000	Ferraz MB, Maetzel A, Bombardier C. A summary of economic evaluations published in the field of rheumatology and related disciplines. <i>Arthritis Rheum.</i> 1997 Sep;40(9):1587-93.	Brak wolnego dostępu do pełnego tekstu
Hallinen 2010	Hallinen TA, Soini EJ, Eklund K, Puolakka K. Cost-utility of different treatment strategies after the failure of tumour necrosis factor inhibitor in rheumatoid arthritis in the Finnish setting. <i>Rheumatology (Oxford).</i> 2010 Apr;49(4):767-77.	Brak wartości użyteczności
Harrison 2008	Harrison MJ, Davies LM, Bansback NJ, Ingram M, Anis AH, Symmons DP. The validity and responsiveness of generic utility measures in rheumatoid arthritis: a review. <i>J Rheumatol.</i> 2008 Apr;35(4):592-602.	Przegląd systematyczny dotyczący skal używanych do oceny użyteczności
Haselen 2001	van Haselen R. The economic evaluation of complementary medicine: a staged approach at the Royal London Homeopathic Hospital. <i>Br Homeopath J.</i> 2000 Jul;89 Suppl 1:S23-6.	Brak wartości użyteczności
Hernandez 2012	Hernández Alava M, Wailoo AJ, Ara R. Tails from the peak district: adjusted limited dependent variable mixture models of EQ-5D questionnaire health state utility values. <i>Value Health.</i> 2012 May;15(3):550-61.	Brak wartości użyteczności
Hernandez-Cruz 1998	Hernández-Cruz B, Cardiel MH. Intra-observer reliability of commonly used outcome measures in rheumatoid arthritis. <i>Clin Exp Rheumatol.</i> 1998 Jul-Aug;16(4):459-62.	Brak wolego dostępu do pełnego tekstu
Inotai 2009	Inotai A, Mészáros A. Economic evaluation of nonsteroidal anti-inflammatory drug strategies in rheumatoid arthritis. <i>Int J Technol Assess Health Care.</i> 2009 Apr;25(2):190-5.	Brak wartości użyteczności
Kaplan 2005	Kaplan RM, Groessl EJ, Sengupta N, Sieber WJ, Ganiats TG. Comparison of measured utility scores and imputed scores from the SF-36 in patients with rheumatoid arthritis. <i>Med Care.</i> 2005 Jan;43(1):79-87.	Brak wolego dostępu do pełnego tekstu

Kod badania	Referencje	Przyczyna wykluczenia
Kievit 2010	Kievit W, van Hulst L, van Riel P, Fraenkel L. Factors that influence rheumatologists' decisions to escalate care in rheumatoid arthritis: results from a choice-based conjoint analysis. <i>Arthritis Care Res (Hoboken)</i> . 2010 Jun;62(6):842-7.	Brak wartości użyteczności dla zdefiniowanych w niniejszej analizie stanów zdrowia
Kobelt 2002	Kobelt G, Lindgren P, Young A. Modelling the costs and effects of leflunomide in rheumatoid arthritis. <i>Eur J Health Econ</i> . 2002;3(3):180-7.	Brak wartości użyteczności
Kobelt 2011	Kobelt G, Lekander I, Lang A, Raffener B, Botsios C, Geborek P. Cost-effectiveness of etanercept treatment in early active rheumatoid arthritis followed by dose adjustment. <i>Int J Technol Assess Health Care</i> . 2011 Jul;27(3):193-200.	Wczesna postać RZS
Maetzel 2002a	Maetzel A, Strand V, Tugwell P, Wells G, Bombardier C. Economic comparison of leflunomide and methotrexate in patients with rheumatoid arthritis: an evaluation based on a 1-year 68ocilizuma controlled trial. <i>Pharmacoeconomics</i> . 2002;20(1):61-70.	Brak wartości użyteczności
Marra 2004	Marra CA, Lynd LD, Esdaile JM, Kopec J, Anis AH. The impact of low family income on self-reported health outcomes in patients with rheumatoid arthritis within a publicly funded health-care environment. <i>Rheumatology (Oxford)</i> . 2004 Nov;43(11):1390-7.	Wartości użyteczności w zależności od dochodów
Marra 2004a	Marra CA, Esdaile JM, Guh D, Kopec JA, Brazier JE, Koehler BE, Chalmers A, Anis AH. A comparison of four indirect methods of assessing utility values in rheumatoid arthritis. <i>Med Care</i> . 2004 Nov;42(11):1125-31.	Brak wolego dostępu do pełnego tekstu
Standfield 2010	Standfield L, Norris S, Harvey C, Elliot L, Riordan J, Hall S, Day R, Nash P, Thirunavukkarasu K, Robertson J, Palmer T. Relationship between rheumatoid arthritis disease severity, health-related utility, and resource use in Australian patients: A cross-sectional, multicenter study. <i>Clin Ther</i> . 2010 Jul;32(7):1329-42.	Brak wartości użyteczności
van der Hout 2007	van den Hout WB, de Buck PD, Vliet Vlieland TP. Cost-utility analysis of a multidisciplinary job retention vocational rehabilitation program in patients with chronic arthritis at risk of job loss. <i>Arthritis Rheum</i> . 2007 Jun 15;57(5):778-86.	Brak wartości użyteczności
van der Hout 2009	van den Hout WB, Goekoop-Ruiterman YP, Allaart CF, de Vries-Bouwstra JK, Hazes JM, Kerstens PJ, van Zeben D, Hulsmans HM, de Jonge-Bok JM, de Sonnaville PB, Dijkmans BA, Breedveld FC. Cost-utility analysis of treatment strategies in patients with recent-onset rheumatoid arthritis. <i>Arthritis Rheum</i> . 2009 Mar 15;61(3):291-9.	Brak wartości użyteczności
Meszaros 2012	Meszaros A, Agh T, Inotai A. Utility and human capital loss in asthma, chronic obstructive pulmonary disease and rheumatoid arthritis – The impact of prevalence, disease specific mortality and utility decrement on overall health burden. <i>Value in Health</i> (2012) 15:7 (A542).	Brak wartości użyteczności
Strandberg-Larsen 2012	Strandberg-Larsen M, Hansen B.B, Gothberg M, Valencia X. Outcome differences in algorithms used for indirect mapping of utility values from HAQ-DI: An assessment based on phase 2A clinical trial data in patients with rheumatoid arthritis after treatment with NNC0109-0012 (anti-II-20 MAB). <i>Value in Health</i> (2012) 15:7 (A476).	Brak wartości użyteczności
Karlsson 2012	Karlsson JA, Neovius M, Nilsson JA, Petersson IF, Bratt J, van Vollenhoven RF, Ernestam S, Geborek P. Addition of infliximab compared with addition of sulfasalazine and hydroxychloroquine to methotrexate in early rheumatoid arthritis: 2-year quality-of-life results of the 68ocilizuma, controlled, SWEFOT trial. <i>Ann Rheum Dis</i> . 2012 Nov 29. [Epub ahead of print]	Wczesna postać RZS
Konnopka 2008	Konnopka A, Conrad K, Baerwald C, König HH. Cost effectiveness of the determination of autoantibodies against cyclic citrullinated peptide in the early diagnosis of rheumatoid arthritis. <i>Ann Rheum Dis</i> . 2008 Oct;67(10):1399-405.	Wczesna diagnoza RZS
Korthals 2004	Korthals-de Bos I, Van Tulder M, Boers M, Verhoeven AC, Adèr HJ, Bibo J, Boonen A, Van Der Linden S. Indirect and total costs of early rheumatoid arthritis: a randomized comparison of combined step-down prednisolone, methotrexate, and sulfasalazine with sulfasalazine alone. <i>J Rheumatol</i> . 2004 Sep;31(9):1709-16.	Wczesne RZS
Kowada 2010	Kowada A. Cost effectiveness of interferon-gamma release assay for tuberculosis screening of rheumatoid arthritis patients prior to initiation of tumor necrosis factor- α antagonist therapy. <i>Mol Diagn Ther</i> . 2010 Dec 1;14(6):367-73.	Oznaczenie uwalniania interferonu gamma w celu skriningu gruźlicy u pacjentów z RZS
Krijnen 2001	Krijnen P, Kaandorp CJ, Steyerberg EW, van Schaardenburg D, Moens HJ, Habbema JD. Antibiotic prophylaxis for haematogenous bacterial arthritis in patients with joint disease: a cost effectiveness analysis. <i>Ann Rheum Dis</i> . 2001 Apr;60(4):359-66.	Profilaktyka antybiotykowa przeciw krwiopochodnemu bakteryjnemu zapaleniu stawów u pacjentów z chorobą stawów

Golimumab w terapii reumatoidalnego zapalenia stawów – analiza ekonomiczna

Kod badania	Referencje	Przyczyna wykluczenia
Kristiansen 1999	Kristiansen IS, Kvien TK, Nord E. Cost effectiveness of replacing diclofenac with a fixed combination of misoprostol and diclofenac in patients with rheumatoid arthritis. <i>Arthritis Rheum.</i> 1999 Nov;42(11):2293-302.	Brak wartości użyteczności; zastąpienie diklofenaku misoprostolem z diklofenakiem
Schierhout 1998	Schierhout G, Roberts I. Fluid resuscitation with colloid or crystalloid solutions in critically ill patients: a systematic review of 69 ocilizuma trials. <i>BMJ.</i> 1998 Mar 28;316(7136):961-4.	Brak wartości użyteczności
Launois 2008	Launois R, Payet S, Saldenberg-Kermanac'h N, Francesconi C, França LR, Boissier MC. Budget impact model of rituximab after failure of one or more TNFalpha inhibitor therapies in the treatment of rheumatoid arthritis. <i>Joint Bone Spine.</i> 2008 Dec;75(6):688-95.	Brak wartości użyteczności; analiza wpływu na budżet
Lekander 2010	Lekander I, Borgström F, Svarvar P, Ljung T, Carli C, van Vollenhoven RF. Cost-effectiveness of real-world infliximab use in patients with rheumatoid arthritis in Sweden. <i>Int J Technol Assess Health Care.</i> 2010 Jan;26(1):54-61.	Brak wartości użyteczności
Lekander 2012	Lekander I, Borgström F, Lysholm J, van Vollenhoven RF, Lindblad S, Geborek P, Kobelt G. The cost-effectiveness of TNF-inhibitors for the treatment of rheumatoid arthritis in Swedish clinical practice. <i>Eur J Health Econ.</i> 2012 Sep 19. [Epub ahead of print]	Brak wartości użyteczności
Lin 2012	Lin MM, Goldsmith JD, Resch SC, DeAngelis JP, Ramappa AJ. Histologic examinations of arthroplasty specimens are not cost-effective: a retrospective cohort study. <i>Clin Orthop Relat Res.</i> 2012 May;470(5):1452-60.	Artroplastyka stawów
Lindgren 2009	Lindgren P, Geborek P, Kobelt G. Modeling the cost-effectiveness of treatment of rheumatoid arthritis with rituximab using registry data from Southern Sweden. <i>Int J Technol Assess Health Care.</i> 2009 Apr;25(2):181-9.	Brak wartości użyteczności
Lyseng 2004	Lyseng-Williamson KA, Foster RH. Infliximab: a pharmacoeconomic review of its use in rheumatoid arthritis. <i>Pharmacoeconomics.</i> 2004;22(2):107-32.	Brak wartości użyteczności
Maetzel 2003	Maetzel A, Krahn M, Naglie G. The cost effectiveness of rofecoxib and celecoxib in patients with osteoarthritis or rheumatoid arthritis. <i>Arthritis Rheum.</i> 2003 Jun 15;49(3):283-92.	Brak wartości użyteczności
Al 2008	Al MJ, Maniadakis N, Grijseels EW, Janssen M. Costs and effects of various analgesic treatments for patients with rheumatoid arthritis and osteoarthritis in the Netherlands. <i>Value Health.</i> 2008 Jul-Aug;11(4):589-99.	Brak wartości użyteczności
March 2008	March LM, Barcenilla AL, Cross MJ, Lapsley HM, Parker D, Brooks PM. Costs and outcomes of total hip and knee joint replacement for rheumatoid arthritis. <i>Clin Rheumatol.</i> 2008 Oct;27(10):1235-42.	Populacja po wymianie stawu biodrowego i kolanowego
Marra 2005	Marra CA, Rashidi AA, Guh D, Kopec JA, Abrahamowicz M, Esdaile JM, Brazier JE, Fortin PR, Anis AH. Are indirect utility measures reliable and responsive in rheumatoid arthritis patients? <i>Qual Life Res.</i> 2005 Jun;14(5):1333-44.	Brak wartości użyteczności
Merkesdal 2010	Merkesdal S, Kirchhoff T, Wolka D, Ladinek G, Kielhorn A, Rubbert-Roth A. Cost-effectiveness analysis of rituximab treatment in patients in Germany with rheumatoid arthritis after etanercept-failure. <i>Eur J Health Econ.</i> 2010 Feb;11(1):95-104.	Brak wartości użyteczności
Merkesdal 2004	Merkesdal S, Ruof J, Mittendorf T, Zeidler H. Cost-effectiveness of TNF-alpha-blocking agents in the treatment of rheumatoid arthritis. <i>Expert Opin Pharmacother.</i> 2004 Sep;5(9):1881-6.	Brak wartości użyteczności
Moore 2004	Moore A, Phillips C, Hunsche E, Pellissier J, Crespi S. Economic evaluation of etoricoxib versus non-selective NSAIDs in the treatment of osteoarthritis and rheumatoid arthritis patients in the UK. <i>Pharmacoeconomics.</i> 2004;22(10):643-60.	Brak wartości użyteczności
Russak 2003	Russak SM, Croft JD Jr, Furst DE, Hohlbauch A, Liang MH, Moreland L, Ofman JJ, Paulus H, Simon LS, Weisman M, Tugwell P; Evidence-Based Medicine Working Groups in Rheumatology. The use of rheumatoid arthritis health-related quality of life patient questionnaires in clinical practice: lessons learned. <i>Arthritis Rheum.</i> 2003 Aug 15;49(4):574-84.	Zastosowanie kwestionariuszy w praktyce klinicznej
Russel 2008	Russell AS. Quality-of-life assessment in rheumatoid arthritis. <i>Pharmacoeconomics.</i> 2008;26(10):831-46.	Brak wartości użyteczności
Russel 2009	Russell A, Beresniak A, Bessette L, Haraoui B, Rahman P, Thorne C, Maclean R, Dupont D. Cost-effectiveness modeling of abatacept versus other biologic agents in DMARDS and anti-TNF inadequate responders for the management of moderate to severe rheumatoid arthritis. <i>Clin Rheumatol.</i> 2009 Apr;28(4):403-12.	Brak wartości użyteczności
Salaffi 2005	Salaffi F, Stancati A, Neri R, Grassi W, Bombardieri S. Measuring functional disability in early rheumatoid arthritis: the validity, reliability and responsiveness of the Recent-Onset Arthritis Disability (ROAD) index. <i>Clin Exp Rheumatol.</i> 2005 Sep-Oct;23(5 Suppl 39):S31-42.	Wczesne RZS
Salaffi 2011	Salaffi F, Carotti M, Ciapetti A, Gasparini S, Grassi W. A comparison of utility measurements using EQ-5D and SF-6D preference-based generic instruments in patients with rheumatoid arthritis <i>Clinical and Experimental Rheumatology</i> (2011) 29:4 (661-671).	Brak wolnego dostępu do pełnego tekstu

Kod badania	Referencje	Przyczyna wykluczenia
Saroux 2010	Saroux A, Gossec L, Goupille P, Bregman B, Boccard E, Dupont D, Beresniak A. Cost-effectiveness 70ocilizu of biological treatment sequences in moderate to severe rheumatoid arthritis in France. <i>Rheumatology (Oxford)</i> . 2010 Apr;49(4):733-40.	Brak wartości użyteczności
Schandlich 2005	Schädlich PK, Zeidler H, Zink A, Gromnica-Ihle E, Schneider M, Straub C, Brecht JG, Huppertz E. Modelling cost effectiveness and cost utility of sequential DMARD therapy including leflunomide for rheumatoid arthritis in Germany: II. The contribution of leflunomide to efficiency. <i>Pharmacoeconomics</i> . 2005;23(4):395-420.	Brak wartości użyteczności
Schaefer 2005	Schaefer M, DeLattre M, Gao X, Stephens J, Botteman M, Morreale A. Assessing the cost-effectiveness of COX-2 specific inhibitors for arthritis in the Veterans Health Administration. <i>Curr Med Res Opin</i> . 2005 Jan;21(1):47-60.	Populacja weteranów z wysokim ryzykiem zapalenia stawów
Schipper 2009	Schipper LG, Kievit W, den Broeder AA, van der Laar MA, Adang EM, Franssen J, van Riel PL. Treatment strategies aiming at remission in early rheumatoid arthritis patients: starting with methotrexate monotherapy is cost-effective. <i>Rheumatology (Oxford)</i> . 2011 Jul;50(7):1320-30.	Wczesne RZS
Schulze-Koop 2009	Schulze-Koops H, Deeg M, Runge C, Volmer T, Brecht JG. [Health-economic assessment of combination therapy for rheumatoid arthritis with 70ocilizumab70 and etanercept based on the TEMPO Study]. <i>Z Rheumatol</i> . 2009 Dec;68(10):836-41.	Brak wartości użyteczności
Scott 2007	Scott DL, Khoshaba B, Choy EH, Kingsley GH. Limited correlation between the Health Assessment Questionnaire (HAQ) and EuroQol in rheumatoid arthritis: questionable validity of deriving quality adjusted life years from HAQ. <i>Ann Rheum Dis</i> . 2007 Nov;66(11):1534-7.	Brak wartości użyteczności
Soderlin 2004	Söderlin MK, Kautiainen H, Skogh T, Leirisalo-Repo M. Quality of life and economic burden of illness in very early arthritis. A population based study in southern Sweden. <i>J Rheumatol</i> . 2004 Sep;31(9):1717-22.	Bardzo wczesne RZS
Soini 2012	Soini EJ, Hallinen TA, Puolakka K, Vihervaara V, Kauppi MJ. Cost-effectiveness of adalimumab, etanercept, and 70ocilizumab as first-line treatments for moderate-to-severe rheumatoid arthritis. <i>J Med Econ</i> . 2012;15(2):340-51.	Brak wartości użyteczności
Solomon 2000	Solomon DH, Kuntz KM. Should postmenopausal women with rheumatoid arthritis who are starting corticosteroid treatment be screened for osteoporosis? A cost-effectiveness analysis. <i>Arthritis Rheum</i> . 2000 Sep;43(9):1967-75.	Wartości użyteczności dla złamań
Spiegel 2003	Spiegel BM, Targownik L, Dulai GS, Gralnek IM. The cost-effectiveness of cyclooxygenase-2 selective inhibitors in the management of chronic arthritis. <i>Ann Intern Med</i> . 2003 May 20;138(10):795-806.	Brak wartości użyteczności
Staa 2007	van Staa TP, Geusens P, Zhang B, Leufkens HG, Boonen A, Cooper C. Individual fracture risk and the cost-effectiveness of bisphosphonates in patients using oral glucocorticoids. <i>Rheumatology (Oxford)</i> . 2007 Mar;46(3):460-6.	Ryzyko złamań; zastosowanie bifosfonianów u pacjentów stosujących glukokortykoidy
Strand 2009	Strand V, Crawford B, Singh J, Choy E, Smolen JS, Khanna D. Use of "spidergrams" to present and interpret SF-36 health-related quality of life data across rheumatic diseases. <i>Ann Rheum Dis</i> . 2009 Dec;68(12):1800-4.	Zastosowanie wykresów pajęczynowych do obrazowania HRQoL
Strand 2010	Strand V, Singh JA. Newer biological agents in rheumatoid arthritis: impact on health-related quality of life and productivity. <i>Drugs</i> . 2010;70(2):121-45.	Brak wartości użyteczności
Strand 2011	Strand V, Rentz AM, Cifaldi MA, Chen N, Roy S, Revicki D. Health-related quality of life outcomes of adalimumab for patients with early rheumatoid arthritis: results from a randomized multicenter study. <i>J Rheumatol</i> . 2012 Jan;39(1):63-72.	Wczesne RZS
Strand 2012	Strand V, Sharp V, Koenig AS, Park G, Shi Y, Wang B, Zack DJ, Fiorentino D. Comparison of health-related quality of life in rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis and psoriasis and effects of etanercept treatment. <i>Ann Rheum Dis</i> . 2012 Jul;71(7):1143-50.	Wczesne RZS
Suarez-Almanzor 1998	Suarez-Almanzor ME, Gonzalez-Lopez L, Gamez-Nava JI, Belseck E, Kendall CJ, Davis P. Utilization and predictive value of laboratory tests in patients referred to rheumatologists by primary care physicians. <i>J Rheumatol</i> . 1998 Oct;25(10):1980-5.	Brak wolnego dostępu do pełnego tekstu
Teng 2005	Teng YK, Verburg RJ, Sont JK, van den Hout WB, Breedveld FC, van Laar JM. Long-term followup of health status in patients with severe rheumatoid arthritis after high-dose chemotherapy followed by autologous hematopoietic stem cell transplantation. <i>Arthritis Rheum</i> . 2005 Aug;52(8):2272-6.	Pacjenci przyjmujący wysokie dawki chemioterapii po przeszczepie komórek macierzystych
Tijhuis 2002	Tijhuis GJ, Zwinderman AH, Hazes JM, Van Den Hout WB, Breedveld FC, Vliet Vlieland TP. A randomized comparison of care provided by a clinical nurse specialist, an inpatient team, and a day patient team in rheumatoid arthritis. <i>Arthritis Rheum</i> . 2002 Oct 15;47(5):525-31.	Brak wartości użyteczności

Golimumab w terapii reumatoidalnego zapalenia stawów – analiza ekonomiczna

Kod badania	Referencje	Przyczyna wykluczenia
Tosh 2011	Tosh JC, Wailoo AJ, Scott DL, Deighton CM. Cost-effectiveness of combination nonbiologic disease-modifying antirheumatic drug strategies in patients with early rheumatoid arthritis. <i>J Rheumatol.</i> 2011 Aug;38(8):1593-600.	Wczesne RZS
Tubergen 2002	Van Tubergen A, Boonen A, Landewé R, Rutten-Van Mölken M, Van Der Heijde D, Hidding A, Van Der Linden S. Cost effectiveness of combined spa-exercise therapy in ankylosing spondylitis: a randomized controlled trial. <i>Arthritis Rheum.</i> 2002 Oct 15;47(5):459-67.	Populacja pacjentów z ZZSK
Uehara 2012	Uehara M, Takahashi J, Hirabayashi H, Ogihara N, Mukaiyama K, Kuraishi S, Shimizu M, Hashidate H, Kato H. Evaluation of clinical results and quality of life after surgical reconstruction for rheumatoid cervical spine. <i>Spine J.</i> 2012 Dec 17.	Populacja pacjentów po operacji rekonstrukcji kręgosłupa szyjnego
Ungar 2011	Ungar WJ, Costa V, Hancock-Howard R, Feldman BM, Laxer RM. Cost-effectiveness of biologics in polyarticular-course juvenile idiopathic arthritis patients unresponsive to disease-modifying antirheumatic drugs. <i>Arthritis Care Res (Hoboken).</i> 2011 Jan;63(1):111-9.	Młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów
Verhoeven 1998	Verhoeven AC, Bibo JC, Boers M, Engel GL, van der Linden S. Cost-effectiveness and cost-utility of combination therapy in early rheumatoid arthritis: randomized comparison of combined step-down prednisolone, methotrexate and sulphasalazine with sulphasalazine alone. <i>COBRA Trial Group. Combinatietherapie Bij Reumatoïde Artritis. Br J Rheumatol.</i> 1998 Oct;37(10):1102-9.	Wczesne RZS
Verhoeven 2000	Verhoeven AC, Boers M, van Der Linden S. Responsiveness of the core set, response criteria, and utilities in early rheumatoid arthritis. <i>Ann Rheum Dis.</i> 2000 Dec;59(12):966-74.	Wczesne RZS
Walters 2003	Walters SJ, Brazier JE. What is the relationship between the minimally important difference and health state utility values? The case of the SF-6D. <i>Health Qual Life Outcomes.</i> 2003 Apr 11;1:4.	Wczesne RZS; badanie związku pomiędzy MID i wartościami użyteczności
Wolfe 2004	Wolfe F, Michaud K. Severe rheumatoid arthritis (RA), worse outcomes, comorbid illness, and sociodemographic disadvantage characterize RA patients with fibromyalgia. <i>J Rheumatol.</i> 2004 Apr;31(4):695-700.	Populacja pacjentów z RZS i fibromialgią
Wolfe 2005	Wolfe F, Michaud K, Pincus T. A composite disease activity scale for clinical practice, observational studies, and clinical trials: the patient activity scale (PAS/PAS-II). <i>J Rheumatol.</i> 2005 Dec;32(12):2410-5.	Kompilacja skal oceny aktywności choroby
Wolfe 2007	Wolfe F, Michaud K. Assessment of pain in rheumatoid arthritis: minimal clinically significant difference, predictors, and the effect of anti-tumor necrosis factor therapy. <i>J Rheumatol.</i> 2007 Aug;34(8):1674-83.	Ocena bólu w RZS; brak wartości użyteczności
Wolfe 2008	Wolfe F, Michaud K. Prevalence, risk, and risk factors for oral and ocular dryness with particular emphasis on rheumatoid arthritis. <i>J Rheumatol.</i> 2008 Jun;35(6):1023-30.	Ocena występowania i ryzyka suchości ust i oczu w szczególności w RZS
Wolfe 2010	Wolfe F, Michaud K. The loss of health status in rheumatoid arthritis and the effect of biologic therapy: a longitudinal observational study. <i>Arthritis Res Ther.</i> 2010;12(2):R35.	Brak wartości użyteczności
Wolfe 2012	Wolfe F, Michaud K. Effect of body mass index on mortality and clinical status in rheumatoid arthritis. <i>Arthritis Care Res (Hoboken).</i> 2012 Oct;64(10):1471-9.	Wpływ BMI na śmiertelność i status kliniczny w RZS
Wong 2001	Wong JB, Ramey DR, Singh G. Long-term morbidity, mortality, and economics of rheumatoid arthritis. <i>Arthritis Rheum.</i> 2001 Dec;44(12):2746-9.	Brak wartości użyteczności
Yun 2005	Yun HR, Bae SC. Cost-effectiveness analysis of NSAIDs, NSAIDs with concomitant therapy to prevent gastrointestinal toxicity, and COX-2 specific inhibitors in the treatment of rheumatoid arthritis. <i>Rheumatol Int.</i> 2005 Jan;25(1):9-14.	Zastosowanie NLPZ w zapobieganiu toksyczności żołądkowo-jelitowej w RZS

Aneks 9. Wartości użyteczności dla RZS zidentyfikowane w przeglądzie systematycznym

Stan zdrowia	Wartość użyteczności	Narzędzie pomiaru	Źródło
Aktywna postać RZS			
RZS aktywne przed rozpoczęciem leczenia biologicznego	0,54	SF-6D	Adams 2010, Adams 2011
	0,43	EQ-5D	
	0,56	TTO	Adams 2011
RZS	0,81	TTO	Ariza-Ariza 2006
RZS	0,54	EQ-5D	Ariza-Ariza 2006
RZS	0,82	-	Bae 2003
RZS	0,87	TTO	Buitinga 2012a
RZS	0,85	TTO (formularz komputerowy)	Buitinga 2012a
RZS	0,655	TTO	Beija 2006
RZS	0,69	EQ-5D	Everdsen 2007
RZS	0,81	15D	Lillegraven 2007
RZS	0,64	SF-6D	Lillegraven 2007
RZS	0,60	EQ-5D	Lillegraven 2007
RZS	0,53	RS	Salaffi 2002
RZS	0,78	TTO	Salaffi 2002
RZS	0,64	SF-6D	Slatkowsky-Christensen 2009
RZS	0,63	SF-6D	Slatkowsky-Christensen 2007
RZS	0,77	TTO	Tijhuis 2000
RZS	0,60	RS	Tijhuis 2000
RZS	0,71	TTO	Tijhuis 2001
RZS	0,57	RS	Tijhuis 2001
RZS	0,69	EuroQol	Tijhuis 2001
RZS	0,66	VAS	Tijhuis 2001
RZS	0,645	SF-6D	Uhlig 2007
RZS	0,63	EQ-5D	Verstappen 2007
RZS	0,58	TTO	Chang 2009
RZS	0,71	HUI2 (MAUT)	Marra 2005
RZS	0,53	HUI3 (MAUT)	Marra 2005
RZS	0,63	SF-6D (MAUT)	Marra 2005
RZS	0,66	EQ-5D (MAUT)	Marra 2005
RZS	0,59	HUI3 (<i>multiple linear regression model</i>)	Marra 2007
RZS	0,54	SF-6D (<i>multiple linear regression model</i>)	Marra 2007

Stan zdrowia	Wartość użyteczności	Narzędzie pomiaru	Źródło
RZS	0,38	EQ-5D <i>multiple linear regression model</i>	Marra 2007
RZS (IFX + MTX vs MTX)	0,43	HUI2 (<i>multiple linear regression model</i>)	Marra 2007
RZS	0,88	SG	Witney 2006
RZS	0,86	TTO	Witney 2006
RZS	0,52	EQ-5D	Witney 2006
RZS, leczenie PLA + MTX	0,509	VAS	Wong 2002
RZS, leczenie IFX + MTX	0,621	VAS	Wong 2002
RZS – wartości wyjściowe	0,69	SF-6D	Wolfe 2010
RZS – wartości wyjściowe	0,73	US EQ-5D	Wolfe 2010
RZS – wartości wyjściowe	0,64	UK EQ-5D	Wolfe 2010
████████████████████ ████████████████████	0,27	████	████████████████
████████████████████ ████████████████████	████	████	████████████████
Ciężka postać RZS – leczenie placebo, wartość wyjściowa	0,29	HUI3	Mittendorf 2007
Ciężka postać RZS – leczenie placebo, po 26 tyg.	0,35	HUI3	Mittendorf 2007
Kontrolowane RZS	0,780	-	Bessette 2009
Niekontrolowane RZS	0,688	-	Bessette 2009
RZS leczony inhibitorami TNFalfa	0,53	SF-6D	Brennan 2007
RZS leczony inhibitorami TNFalfa	0,30	EQ-5D	Brennan 2007
RZS w grupie placebo	0,60	SF-6D	Brennan 2007
RZS w grupie placebo	0,24	EQ-5D	Brennan 2007
RZS, wartość początkowa	0,60	SF-6D	Buitinga 2012
RZS, wartość początkowa	0,46	EQ-5D	Buitinga 2012
RZS po roku leczenia inhibitorami TNFalfa	0,67	SF-6D	Buitinga 2012
RZS po roku leczenia inhibitorami TNFalfa	0,61	EQ-5D	Buitinga 2012
Ciężka postać RZS	0,44	VAS	Suarez-Almazor 2001
Ciężka postać RZS	0,58	TTO	Suarez-Almazor 2001
Ciężka postać RZS	0,66	SG	Suarez-Almazor 2001
I klasa funkcyjna ACR	0,73	EQ-5D	Hurst 1997
I klasa funkcyjna ACR	0,73	EQ-5D	Li 2006, Maetzel 2006
II klasa funkcyjna ACR	0,47	EQ-5D	Hurst 1997
III klasa funkcyjna ACR	0,24	EQ-5D	Hurst 1997
IV klasa funkcyjna ACR	0,02	EQ-5D	Hurst 1997
IV klasa funkcyjna ACR	0,02	EQ-5D	Li 2006, Maetzel 2006

Stan zdrowia	Wartość użyteczności	Narzędzie pomiaru	Źródło
RZS – wartość wyjściowa	0,96	SG	Peeters 1999
RZS – wartość wyjściowa	0,60	RS	Peeters 1999
RZS – wartość wyjściowa	0,77	TTO	Peeters 2010
RZS (wartość nieskorygowana)	0,72	HUI2	Rashidi 2006
RZS (wartość nieskorygowana)	0,66	HUI3	Rashidi 2006
RZS (wartość nieskorygowana)	0,79	SG1	Rashidi 2006
RZS (wartość nieskorygowana)	0,86	SG2	Rashidi 2006
RZS (wartość nieskorygowana)	0,87	SG3	Rashidi 2006
RZS (wartość nieskorygowana)	0,88	SG4	Rashidi 2006
RZS (wartość nieskorygowana)	0,90	SG5	Rashidi 2006
RZS (wartość nieskorygowana)	0,91	SG6	Rashidi 2006
RZS (wartość nieskorygowana)	0,77	SG7	Rashidi 2006
RZS (wartość nieskorygowana)	0,80	SG8	Rashidi 2006
RZS – wartości wyjściowe	0,578	SF-6D	van der Hout 2003
RZS – wartości wyjściowe	0,719	RS	van der Hout 2003
RZS – wartości wyjściowe	0,708	TTO	van der Hout 2003
RZS – wartości wyjściowe (odczytane z wykresu)	0,795	VAS	van der Hout 2005
RZS – wartości wyjściowe (odczytane z wykresu)	0,685	SF-6D	van der Hout 2005
RZS – wartości wyjściowe (odczytane z wykresu)	0,660	EQ-5D	van der Hout 2005
Leczenie biologiczne	0,795	TTO	Inotai 2012
Brak leczenia biologicznego w ciągu ostatnich 6 miesięcy	0,755	TTO	Inotai 2012
RZS, monoterapia inhibitorami TNFalfa, wartość początkowa (UK)	0,35	EQ-5D	Karlsson 2011
RZS, monoterapia inhibitorami TNFalfa, wartość początkowa (USA)	0,55	EQ-5D	Karlsson 2011
RZS, monoterapia inhibitorami TNFalfa, wartość początkowa (Dania)	0,50	EQ-5D	Karlsson 2011
RZS, monoterapia inhibitorami TNFalfa, po 12 miesiącach leczenia (UK)	0,41	EQ-5D	Karlsson 2011
RZS, monoterapia inhibitorami TNFalfa, po 12 miesiącach leczenia (USA)	0,59	EQ-5D	Karlsson 2011
RZS, monoterapia inhibitorami TNFalfa, po 12 miesiącach leczenia (Dania)	0,54	EQ-5D	Karlsson 2011
RZS na początku badania	0,56	EQ-5D	Kievit 2011
Po 5 latach leczenia jednym inhibitorem TNFalfa	0,70	EQ-5D	Kievit 2011
RZS w momencie włączenia pierwszego inhibitora TNFalfa	0,40	EQ-5D	Gulfe 2010
RZS leczony inhibitorami TNFalfa	0,40	EQ-5D	Harrison 2010
RZS leczony inhibitorami TNFalfa	0,53	SF-6D	Harrison 2010

Stan zdrowia	Wartość użyteczności	Narzędzie pomiaru	Źródło
RZS (populacja mieszkańców miast w Chinach)	0,652	SF-6D	Langley 2011
RZS – wartość wyjściowa (<i>primary therapist model</i>)	0,46	EQ-5D	Li 2006, Maetzel 2006
RZS – wartość wyjściowa (<i>traditional treatment model</i>)	0,57	EQ-5D	Li 2006, Maetzel 2006
RZS – wartość przy wypisie (<i>primary therapist model</i>)	0,53	EQ-5D	Li 2006, Maetzel 2006
RZS – wartość przy wypisie (<i>traditional treatment model</i>)	0,56	EQ-5D	Li 2006, Maetzel 2006
RZS – wartość po 6 miesiącach (<i>primary therapist model</i>)	0,56	EQ-5D	Li 2006, Maetzel 2006
RZS – wartość po 6 miesiącach (<i>traditional treatment model</i>)	0,53	EQ-5D	Li 2006, Maetzel 2006
Najlepszy stan zdrowia na podst. Odpowiedzi na pytanie 1 kwestionariusza SF-36	0,96	15D	Lillegraven 2010
	0,88	SF-6D	Lillegraven 2010
	0,90	EQ-5D	Lillegraven 2010
	0,91	EQ-VAS	Lillegraven 2010
Najgorszy stan zdrowia na podst. Odpowiedzi na pytanie 1 kwestionariusza SF-36	0,69	15D	Lillegraven 2010
	0,52	SF-6D	Lillegraven 2010
	0,30	EQ-5D	Lillegraven 2010
	0,38	EQ-VAS	Lillegraven 2010
RZS Szwecja – wartość wyjściowa	0,28	-	Lyseng 2004
RZS Szwecja – wartość po roku	0,65	-	Lyseng 2004
Dolna wartość zakresu pomiędzy grupami – ADA+MTX w badaniu ARMADA – wartość wyjściowa	0,38	-	Torrance 2004
Górna wartość zakresu pomiędzy grupami – ADA+MTX w badaniu DE019 – wartość wyjściowa	0,44	-	Torrance 2004
Placebo + MTX w badaniu ARMADA – wartość wyjściowa	0,40	-	Torrance 2004
Placebo + MTX w badaniu DE019 – wartość wyjściowa	0,39	-	Torrance 2004
Modyfikacja o wynik HAQ			
RZS zmodyfikowane wynikiem HAQ	0,76 – 0,28xHAQ	EQ-5D	Bansback 2005
RZS zmodyfikowane wynikiem HAQ	-0,20xHAQ	EQ-5D	Bansback 2008 (Marra 2004)
RZS zmodyfikowane wynikiem HAQ	-0,13xHAQ	SF-6D	Bansback 2008 (Marra 2004)
RZS zmodyfikowane wynikiem HAQ	-0,17xHAQ	HUI2	Bansback 2008 (Marra 2004)
RZS zmodyfikowane wynikiem HAQ	-0,29xHAQ	HUI3	Bansback 2008 (Marra 2004)
RZS zmodyfikowane wynikiem HAQ	-0,33xHAQ	EQ-5D	Bansback 2008 (Chen 2006)
RZS zmodyfikowane wynikiem HAQ	-0,28xHAQ	HUI3	Bansback 2008 (Spalding 2004)
RZS zmodyfikowane wynikiem HAQ	-0,17xHAQ	EQ-5D	Bansback 2008 (Tanno 2005)

Stan zdrowia	Wartość użyteczności	Narzędzie pomiaru	Źródło
RZS zmodyfikowane wynikiem HAQ	-0,28xHAQ	HUI	Bansback 2008 (Bansback 2001)
RZS zmodyfikowane wynikiem HAQ	0,86 – 0,20x zmiana HAQ	EQ-5D	Brennan 2004
RZS zmodyfikowane wynikiem HAQ	-0,33xHAQ	EQ-5D	Bansback 2008 (Clark 2004)
RZS zmodyfikowane wynikiem HAQ	0,915 – 0,269xHAQ	EQ-5D	Clark 2004
RZS zmodyfikowane wynikiem HAQ	-0,33xHAQ	EQ-5D	Bansback 2008 (Jobanaputra)
RZS zmodyfikowane wynikiem HAQ	0,76 – 0,286xHAQ-DI + 0,056 dla kobiet	HUI3	Benucci 2011
Umiarkowana do ciężkiej postać RZS	0,82 – 0,11xHAQ – 0,07xHAQ ²	-	Diamantopoulos 2012
RZS	0,76 – 0,28xHAQ-DI + 0,05 dla kobiet	EQ-5D	Kielhorn 2000
Dorośli pacjenci z RZS w Japonii	0,74-0,17 x HAQ	-	Tanno 2006
DAS			
DAS <1,6	0,75	EQ-5D	Bansback 2008 (Welsing 2002)
DAS 1,6-2,4	0,71	EQ-5D	Bansback 2008 (Welsing 2002)
DAS 2,4-3,7	0,64	EQ-5D	Bansback 2008 (Welsing 2002)
DAS >3,7	0,56	EQ-5D	Bansback 2008 (Welsing 2002)
Remisja (DAS <1,6)	0,748	EQ-5D	Welsing 2006
Niska aktywność choroby (DAS 1,6-2,4)	0,705	EQ-5D	Welsing 2006
Umiarkowana aktywność choroby (DAS 2,4-3,7)	0,639	EQ-5D	Welsing 2006
Wysoka aktywność choroby (DAS >3,7)	0,564	EQ-5D	Welsing 2006
RZS w remisji – DAS ≤2,6	0,95	-	Suter 2011
ACR20			
ACR20	0,68	VAS	Bansback 2008 (Chiou 2004)
ACR20	0,77	RS	Bansback 2008 (Maetzel)
ACR20	0,88	SG	Bansback 2008 (Maetzel)
Bez ACR, brak DN	0,529	VAS	Chiou 2004
ACR20, brak DN	0,679	VAS	Chiou 2004
Brak poprawy, brak DN	0,53	VAS	Chiou 2005
ACR20, brak DN	0,68	VAS	Chiou 2005
Brak poprawy według ACR	0,53	VAS	Nguyen 2012
ACR20	0,68	VAS	Nguyen 2012
ACR50	0,80	VAS	Nguyen 2012
ACR70	0,84	VAS	Nguyen 2012

Stan zdrowia	Wartość użyteczności	Narzędzie pomiaru	Źródło
HAQ-DI			
HAQ-DI <0,5	0,91	HUI-3	Carreno 2011
	0,87	EQ-5D	Carreno 2011
	0,715	EQ-5D	Kobelt 1999
HAQ-DI <0,6 (Szwecja)	0,7274	EQ-5D	Kobelt 2002a
HAQ-DI <0,6 (UK)	0,7459	EQ-5D	Kobelt 2002a
HAQ-DI <0,6	0,680	EQ-5D	Kobelt 2004
	0,768	EQ-5D	Kobelt 2005
	0,770	EQ-5D	Kobelt 2005a
HAQ-DI 0,5-1,1	0,80	HUI-3	Carreno 2011
	0,74	EQ-5D	Carreno 2011
	0,6197	EQ-5D	Kobelt 1999
HAQ-DI 0,6-1,1 (Szwecja)	0,6358	EQ-5D	Kobelt 2002a
HAQ-DI 0,6-1,1 (UK)	0,6491	EQ-5D	Kobelt 2002a
HAQ-DI 0,6-1,1	0,455	EQ-5D	Kobelt 2004
	0,645	EQ-5D	Kobelt 2005
	651	EQ-5D	Kobelt 2005a
HAQ-DI 1,1-1,6	0,75	HUI-3	Carreno 2011
	0,62	EQ-5D	Carreno 2011
	0,5190	EQ-5D	Kobelt 1999
	0,6111	EQ-5D	Kobelt 2002a
	0,4692	EQ-5D	Kobelt 2002a
	0,299	EQ-5D	Kobelt 2004
	0,539	EQ-5D	Kobelt 2005
	0,539	EQ-5D	Kobelt 2005a
HAQ-DI 1,6-2,1	0,58	HUI-3	Carreno 2011
	0,42	EQ-5D	Carreno 2011
	0,5388	EQ-5D	Kobelt 1999
	0,4223	EQ-5D	Kobelt 2002a
	0,4419	EQ-5D	Kobelt 2002a
	0,174	EQ-5D	Kobelt 2004
	0,488	EQ-5D	Kobelt 2005
	0,489	EQ-5D	Kobelt 2005a
HAQ-DI > 2,1	0,45	HUI-3	Carreno 2011
	0,17	EQ-5D	Carreno 2011
	0,063	EQ-5D	Kobelt 2004
	0,239	EQ-5D	Kobelt 2005
	0,229	EQ-5D	Kobelt 2005a
HAQ-DI 2,1-2,6	0,4210	EQ-5D	Kobelt 1999
	0,2370	EQ-5D	Kobelt 2002a
	0,2538	EQ-5D	Kobelt 2002a
HAQ-DI > 2,6	0,2245	EQ-5D	Kobelt 1999
	0,2538	EQ-5D	Kobelt 2002a

Stan zdrowia	Wartość użyteczności	Narzędzie pomiaru	Źródło
HAQ-FDI ≤0,5	0,7154	EQ-5D	Schadlich 2005
HAQ-FDI >0,5 do ≤1,1	0,6197	EQ-5D	Schadlich 2005
HAQ-FDI >1,1 do ≤1,6	0,5190	EQ-5D	Schadlich 2005
HAQ-FDI >1,6 do ≤2,1	0,5388	EQ-5D	Schadlich 2005
HAQ-FDI >2,1 do ≤2,6	0,4210	EQ-5D	Schadlich 2005
HAQ-FDI >2,6	0,2245	EQ-5D	Schadlich 2005
Aktywne RZS – ciężkość umiarkowana do wysokiej; przedział HAQ 0,00–0,125	0,86	EQ-5D	Vera-Llonch 2008, Vera-Llonch 2008a, Yuan 2010
Aktywne RZS – ciężkość umiarkowana do wysokiej; przedział HAQ 0,25–0,375	0,80	EQ-5D	Vera-Llonch 2008, Vera-Llonch 2008a, Yuan 2010
Aktywne RZS – ciężkość umiarkowana do wysokiej; przedział HAQ 0,50–0,625	0,76	EQ-5D	Vera-Llonch 2008, Vera-Llonch 2008a, Yuan 2010
Aktywne RZS – ciężkość umiarkowana do wysokiej; przedział HAQ 0,75–0,875	0,71	EQ-5D	Vera-Llonch 2008, Vera-Llonch 2008a, Yuan 2010
Aktywne RZS – ciężkość umiarkowana do wysokiej; przedział HAQ 1,00–1,125	0,66	EQ-5D	Vera-Llonch 2008, Vera-Llonch 2008a, Yuan 2010
Aktywne RZS – ciężkość umiarkowana do wysokiej; przedział HAQ 1,25–1,375	0,59	EQ-5D	Vera-Llonch 2008, Vera-Llonch 2008a, Yuan 2010
Aktywne RZS – ciężkość umiarkowana do wysokiej; przedział HAQ 1,50–1,625	0,51	EQ-5D	Vera-Llonch 2008, Vera-Llonch 2008a, Yuan 2010
Aktywne RZS – ciężkość umiarkowana do wysokiej; przedział HAQ 1,75–1,875	0,43	EQ-5D	Vera-Llonch 2008, Vera-Llonch 2008a, Yuan 2010
Aktywne RZS – ciężkość umiarkowana do wysokiej; przedział HAQ 2,00–2,125	0,33	EQ-5D	Vera-Llonch 2008, Vera-Llonch 2008a, Yuan 2010
Aktywne RZS – ciężkość umiarkowana do wysokiej; przedział HAQ 2,25–2,375	0,23	EQ-5D	Vera-Llonch 2008, Vera-Llonch 2008a, Yuan 2010
Aktywne RZS – ciężkość umiarkowana do wysokiej; przedział HAQ 2,50–2,625	0,12	EQ-5D	Vera-Llonch 2008, Vera-Llonch 2008a, Yuan 2010
Aktywne RZS – ciężkość umiarkowana do wysokiej; przedział HAQ 2,75–3,00	0,03	EQ-5D	Vera-Llonch 2008, Vera-Llonch 2008a, Yuan 2010
HAQ <0,6 (gdy globalna VAS <40 mm)	0,780	EQ-5D	Virkki 2008 (za Kobelt 2005)
HAQ 0,6 do <1,1 (gdy globalna VAS <40 mm)	0,704	EQ-5D	Virkki 2008 (za Kobelt 2005)
HAQ 1,1 do <1,6 (gdy globalna VAS <40 mm)	0,676	EQ-5D	Virkki 2008 (za Kobelt 2005)
HAQ 1,6 do <2,1 (gdy globalna VAS <40 mm)	0,562	EQ-5D	Virkki 2008 (za Kobelt 2005)
HAQ ≥2,1 (gdy globalna VAS <40 mm)	0,408	EQ-5D	Virkki 2008 (za Kobelt 2005)

Golimumab w terapii reumatoidalnego zapalenia stawów – analiza ekonomiczna

Stan zdrowia	Wartość użyteczności	Narzędzie pomiaru	Źródło
HAQ <0,6 (gdy globalna VAS ≥40 mm)	0,709	EQ-5D	Virkki 2008 (za Kobelt 2005)
HAQ 0,6 do <1,1 (gdy globalna VAS ≥40 mm)	0,568	EQ-5D	Virkki 2008 (za Kobelt 2005)
HAQ 1,1 do <1,6 (gdy globalna VAS ≥40 mm)	0,441	EQ-5D	Virkki 2008 (za Kobelt 2005)
HAQ 1,6 do <2,1 (gdy globalna VAS ≥40 mm)	0,446	EQ-5D	Virkki 2008 (za Kobelt 2005)
HAQ ≥2,1 (gdy globalna VAS ≥40 mm)	0,213	EQ-5D	Virkki 2008 (za Kobelt 2005)
HAQ-DI 3,0	0,09	-	Wailoo 2008
HAQ-DI 0	0,87	-	Wailoo 2008
Odpowiedź			
Odpowiedź	0,823	SG	Maetzel 2002
	0,768	RS	Maetzel 2002
Brak odpowiedzi	0,882	SG	Maetzel 2002
	0,706	RS	Maetzel 2002
Przerwanie terapii	0,783	SG	Maetzel 2002
	0,568	RS	Maetzel 2002
Przerwanie placebo	0,695	SG	Maetzel 2002
	0,463	RS	Maetzel 2002

Aneks 10. Wyniki przeglądu rejestru analiz użyteczności kosztów

Zdefiniowany stan zdrowia	Wartość użyteczności	Źródło
RZS	0,82	Bae, Sang-Cheol, Corzillius, M, Kuntz, Karen M, Liang, M H, Cost-effectiveness of low dose corticosteroids versus non-steroidal anti-inflammatory drugs and COX-2 specific inhibitors in the long-term treatment of rheumatoid arthritis., <i>Rheumatology (Oxford)</i> ,2003-Jan; 42(1):46-53
RZS	0,54	Brennan, A, Bansback, N, Harrison, M, Madan, J, Nixon, R, Symmons, D, Watson, K, Modelling the cost effectiveness of TNF-alpha antagonists in the management of rheumatoid arthritis: results from the British Society for Rheumatology Biologics Registry., <i>Rheumatology (Oxford)</i> ,2007-Aug; 46(8):1345-54
Leczone RZS	0,688	Moore, Andrew, Crespi, Simone, Hunsche, Elke, Moore, Andrew, Pellissier, James, Phillips, Ceri, Economic evaluation of etoricoxib versus non-selective NSAIDs in the treatment of osteoarthritis and rheumatoid arthritis patients in the UK., <i>Pharmacoeconomics</i> ,2004; 22(17):643-60
Wyjściowa wartość użyteczności – leczenie metotreksatem	0,838	Barbieri, Marco, Drummond, Michael, Wong, John B, The cost effectiveness of infliximab for severe treatment-resistant rheumatoid arthritis in the UK., <i>Pharmacoeconomics</i> ,2005; 23(6):607-18
Wyjściowa wartość użyteczności – leczenie metotreksatem i DMARD	0,836	Barbieri, Marco, Drummond, Michael, Wong, John B, The cost effectiveness of infliximab for severe treatment-resistant rheumatoid arthritis in the UK., <i>Pharmacoeconomics</i> ,2005; 23(6):607-18
Wyjściowa wartość użyteczności – leczenie metotreksatem i DMARD	0,836	Barbieri, Marco, Drummond, Michael, Wong, John B, The cost effectiveness of infliximab for severe treatment-resistant rheumatoid arthritis in the UK., <i>Pharmacoeconomics</i> ,2005; 23(6):607-18
Wyjściowa wartość użyteczności – leczenie DMARD	0,868	Barbieri, Marco, Drummond, Michael, Wong, John B, The cost effectiveness of infliximab for severe treatment-resistant rheumatoid arthritis in the UK., <i>Pharmacoeconomics</i> ,2005; 23(6):607-18
Wyjściowa wartość użyteczności – leczenie niesteroidowymi lekami przeciwzapalnymi	0,891	Barbieri, Marco, Drummond, Michael, Wong, John B, The cost effectiveness of infliximab for severe treatment-resistant rheumatoid arthritis in the UK., <i>Pharmacoeconomics</i> ,2005; 23(6):607-18
RZS, wiek >18 years, czas trwania choroby > 5 lat	0,5849	Davies, Linda Mary, Davies, Linda Mary, Dawes, Peter, Fargher, Emily Anne, Scott, David L, Symmons, Deborah, Tricker, Karen, Is shared care with annual hospital review better value for money than predominantly hospital-based care in patients with established stable rheumatoid arthritis?, <i>Ann Rheum Dis</i> ,2007-May; 66(5):658-63

Zdefiniowany stan zdrowia	Wartość użyteczności	Źródło
RZS, wiek 50 lat, czas trwania choroby: 3 miesiące, HAQ-DI=1, 79% kobiet	0,76	Finckh, Axel, Treatment of very early rheumatoid arthritis with symptomatic therapy, disease-modifying antirheumatic drugs, or biologic agents: a cost-effectiveness analysis., <i>Ann Intern Med</i> ,2009-Nov-03; 151(9):612-21
Zdrowi uczestnicy	1	Krijnen, P, Habbema, J D, Kaandorp, C J, Moens, H J, Steyerberg, E W, van Schaardenburg, D, Antibiotic prophylaxis for haematogenous bacterial arthritis in patients with joint disease: a cost effectiveness analysis., <i>Ann Rheum Dis</i> ,2001-Apr; 60(4):359-66
Dobrze leczone RZS	0,94	Kristiansen, I S, Kvien, T K, Nord, E, Cost effectiveness of replacing diclofenac with a fixed combination of misoprostol and diclofenac in patients with rheumatoid arthritis., <i>Arthritis Rheum</i> ,1999-Nov; 42(11):2293-302
RZS po 6 miesiącach terapii zajęciowej	0,53	Li, Linda C, Bombardier, Claire, Coyte, Peter C, Davis, Aileen M, Lineker, Sydney C, Maetzel, Andreas, Primary therapist model for patients referred for rheumatoid arthritis rehabilitation: a cost-effectiveness analysis., <i>Arthritis Rheum</i> ,2006-Jun-15; 55(3):402-10
RZS po 6 miesiącach fizykoterapii	0,56	Li, Linda C, Bombardier, Claire, Coyte, Peter C, Davis, Aileen M, Lineker, Sydney C, Maetzel, Andreas, Primary therapist model for patients referred for rheumatoid arthritis rehabilitation: a cost-effectiveness analysis., <i>Arthritis Rheum</i> ,2006-Jun-15; 55(3):402-10
Leczone RZS	0,826	Lin, Michael M, Deangelis, Joseph P, Goldsmith, Jeffrey D, Ramappa, Arun J, Resch, Stephen C, Histologic Examinations of Arthroplasty Specimens are not Cost-effective: A Retrospective Cohort Study., <i>Clin Orthop Relat Res</i>
Nieleczone RZS	0,767	Lin, Michael M, Deangelis, Joseph P, Goldsmith, Jeffrey D, Ramappa, Arun J, Resch, Stephen C, Histologic Examinations of Arthroplasty Specimens are not Cost-effective: A Retrospective Cohort Study., <i>Clin Orthop Relat Res</i>
Placebo, leczenie terminalne	0,695	Maetzel, Andreas, Bombardier, Claire, Strand, Vibeke, Tugwell, P, Wells, George, Cost effectiveness of adding leflunomide to a 5-year strategy of conventional disease-modifying antirheumatic drugs in patients with rheumatoid arthritis., <i>Arthritis Rheum</i> ,2002-Dec-15; 47(6):655-61
Brak poprawy – wg kryteriów ACR < 20%	0,882	Maetzel, Andreas, Bombardier, Claire, Strand, Vibeke, Tugwell, P, Wells, George, Cost effectiveness of adding leflunomide to a 5-year strategy of conventional disease-modifying antirheumatic drugs in patients with rheumatoid arthritis., <i>Arthritis Rheum</i> ,2002-Dec-15; 47(6):655-61
Leczenie skuteczne – poprawa wg kryteriów ACR o co najmniej 20%	0,823	Maetzel, Andreas, Bombardier, Claire, Strand, Vibeke, Tugwell, P, Wells, George, Cost effectiveness of adding leflunomide to a 5-year strategy of conventional disease-modifying antirheumatic drugs in patients with rheumatoid arthritis., <i>Arthritis Rheum</i> ,2002-Dec-15; 47(6):655-61
Przedwczesne leczenie terminalne	0,783	Maetzel, Andreas, Bombardier, Claire, Strand, Vibeke, Tugwell, P, Wells, George, Cost effectiveness of adding leflunomide to a 5-year strategy of conventional disease-modifying antirheumatic drugs in patients with rheumatoid arthritis., <i>Arthritis Rheum</i> ,2002-Dec-15; 47(6):655-61
RZS, brak objawów ze strony górnego odcinka przewodu pokarmowego	0,688	Maetzel, Andreas, Krahn, Murray, Naglie, Gary, The cost effectiveness of rofecoxib and celecoxib in patients with osteoarthritis or rheumatoid arthritis., <i>Arthritis Rheum</i> ,2003-Jun-15; 49(3):283-92

Zdefiniowany stan zdrowia	Wartość użyteczności	Źródło
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
HAQ >2,1	0,239	Kobelt, Gisela, Klareskog, L, Klareskog, Lars, Kobelt, G, Lindgren, P, Lindgren, Peter, Singh, A, Singh, Amitabh, Cost effectiveness of etanercept (Enbrel) in combination with methotrexate in the treatment of active rheumatoid arthritis based on the TEMPO trial, Ann Rheum Dis,2005-Feb-11
HAQ 1,6 - < 2,1	0,488	Kobelt, Gisela, Klareskog, L, Klareskog, Lars, Kobelt, G, Lindgren, P, Lindgren, Peter, Singh, A, Singh, Amitabh, Cost effectiveness of etanercept (Enbrel) in combination with methotrexate in the treatment of active rheumatoid arthritis based on the TEMPO trial, Ann Rheum Dis,2005-Feb-11
HAQ 1,1 - <1,6	0,539	Kobelt, Gisela, Klareskog, L, Klareskog, Lars, Kobelt, G, Lindgren, P, Lindgren, Peter, Singh, A, Singh, Amitabh, Cost effectiveness of etanercept (Enbrel) in combination with methotrexate in the treatment of active rheumatoid arthritis based on the TEMPO trial, Ann Rheum Dis,2005-Feb-11
HAQ 0,6 - <1,1	0,645	Kobelt, Gisela, Klareskog, L, Klareskog, Lars, Kobelt, G, Lindgren, P, Lindgren, Peter, Singh, A, Singh, Amitabh, Cost effectiveness of etanercept (Enbrel) in combination with methotrexate in the treatment of active rheumatoid arthritis based on the TEMPO trial, Ann Rheum Dis,2005-Feb-11
HAQ <0,6	0,768	Kobelt, Gisela, Klareskog, L, Klareskog, Lars, Kobelt, G, Lindgren, P, Lindgren, Peter, Singh, A, Singh, Amitabh, Cost effectiveness of etanercept (Enbrel) in combination with methotrexate in the treatment of active rheumatoid arthritis based on the TEMPO trial, Ann Rheum Dis,2005-Feb-11
HAQ >= 2,6	0,2538	Kobelt, Gisela, Lindgren, Peter, Young, A, Modelling the costs and effects of leflunomide in rheumatoid arthritis., Eur J Health Econ,2002-Sep; 3(3):180-7
HAQ 2,1 - < 2,6	0,2556	Kobelt, Gisela, Lindgren, Peter, Young, A, Modelling the costs and effects of leflunomide in rheumatoid arthritis., Eur J Health Econ,2002-Sep; 3(3):180-7
HAQ 1,6 - < 2,1	0,4419	Kobelt, Gisela, Lindgren, Peter, Young, A, Modelling the costs and effects of leflunomide in rheumatoid arthritis., Eur J Health Econ,2002-Sep; 3(3):180-7
HAQ 1,1 - < 1,6	0,4692	Kobelt, Gisela, Lindgren, Peter, Young, A, Modelling the costs and effects of leflunomide in rheumatoid arthritis., Eur J Health Econ,2002-Sep; 3(3):180-7
HAQ 0,6 - < 1,1	0,6491	Kobelt, Gisela, Lindgren, Peter, Young, A, Modelling the costs and effects of leflunomide in rheumatoid arthritis., Eur J Health Econ,2002-Sep; 3(3):180-7
HAQ 0 - < 0,6	0,7459	Kobelt, Gisela, Lindgren, Peter, Young, A, Modelling the costs and effects of leflunomide in rheumatoid arthritis., Eur J Health Econ,2002-Sep; 3(3):180-7

Zdefiniowany stan zdrowia	Wartość użyteczności	Źródło
HAQ, stadium 5	0,239	Konnopka, A, Baerwald, C, Conrad, K, König, H-H, Konnopka, A, Cost effectiveness of the determination of autoantibodies against cyclic citrullinated peptide in the early diagnosis of rheumatoid arthritis., Ann Rheum Dis,2008-Oct; 67(10):1399-405
HAQ, stadium 4	0,488	Konnopka, A, Baerwald, C, Conrad, K, König, H-H, Konnopka, A, Cost effectiveness of the determination of autoantibodies against cyclic citrullinated peptide in the early diagnosis of rheumatoid arthritis., Ann Rheum Dis,2008-Oct; 67(10):1399-405
HAQ, stadium 3	0,539	Konnopka, A, Baerwald, C, Conrad, K, König, H-H, Konnopka, A, Cost effectiveness of the determination of autoantibodies against cyclic citrullinated peptide in the early diagnosis of rheumatoid arthritis., Ann Rheum Dis,2008-Oct; 67(10):1399-405
HAQ, stadium 2	0,645	Konnopka, A, Baerwald, C, Conrad, K, König, H-H, Konnopka, A, Cost effectiveness of the determination of autoantibodies against cyclic citrullinated peptide in the early diagnosis of rheumatoid arthritis., Ann Rheum Dis,2008-Oct; 67(10):1399-405
HAQ, stadium 1	0,768	Konnopka, A, Baerwald, C, Conrad, K, König, H-H, Konnopka, A, Cost effectiveness of the determination of autoantibodies against cyclic citrullinated peptide in the early diagnosis of rheumatoid arthritis., Ann Rheum Dis,2008-Oct; 67(10):1399-405
RZS, VAS>40 mm; HAQ >2,1	0,213	Virkki, L M, Hämeenkorpri, R, Heikkilä, S, Immonen, K, Isomäki, P, Jäntti, J, Konttinen, Y T, Nordström, D, Nykänen, P, Peltomaa, R, Saario, R, Suontama, K, Tuomiranta, T, Cost-effectiveness of infliximab in the treatment of rheumatoid arthritis in clinical practice., Clin Exp Rheumatol,2008 Nov-Dec; 26(6):1059-66
RZS, VAS>40 mm; HAQ 1,6 - <2,1	0,446	Virkki, L M, Hämeenkorpri, R, Heikkilä, S, Immonen, K, Isomäki, P, Jäntti, J, Konttinen, Y T, Nordström, D, Nykänen, P, Peltomaa, R, Saario, R, Suontama, K, Tuomiranta, T, Cost-effectiveness of infliximab in the treatment of rheumatoid arthritis in clinical practice., Clin Exp Rheumatol,2008 Nov-Dec; 26(6):1059-66
RZS, VAS>40 mm; HAQ 1,1 - <1,6	0,441	Virkki, L M, Hämeenkorpri, R, Heikkilä, S, Immonen, K, Isomäki, P, Jäntti, J, Konttinen, Y T, Nordström, D, Nykänen, P, Peltomaa, R, Saario, R, Suontama, K, Tuomiranta, T, Cost-effectiveness of infliximab in the treatment of rheumatoid arthritis in clinical practice., Clin Exp Rheumatol,2008 Nov-Dec; 26(6):1059-66
RZS, VAS>40 mm; HAQ 0,6 - <1,1	0,568	Virkki, L M, Hämeenkorpri, R, Heikkilä, S, Immonen, K, Isomäki, P, Jäntti, J, Konttinen, Y T, Nordström, D, Nykänen, P, Peltomaa, R, Saario, R, Suontama, K, Tuomiranta, T, Cost-effectiveness of infliximab in the treatment of rheumatoid arthritis in clinical practice., Clin Exp Rheumatol,2008 Nov-Dec; 26(6):1059-66
RZS, VAS>40 mm; HAQ <0,6	0,709	Virkki, L M, Hämeenkorpri, R, Heikkilä, S, Immonen, K, Isomäki, P, Jäntti, J, Konttinen, Y T, Nordström, D, Nykänen, P, Peltomaa, R, Saario, R, Suontama, K, Tuomiranta, T, Cost-effectiveness of infliximab in the treatment of rheumatoid arthritis in clinical practice., Clin Exp Rheumatol,2008 Nov-Dec; 26(6):1059-66
RZS, VAS>40 mm; HAQ >2,1	0,408	Virkki, L M, Hämeenkorpri, R, Heikkilä, S, Immonen, K, Isomäki, P, Jäntti, J, Konttinen, Y T, Nordström, D, Nykänen, P, Peltomaa, R, Saario, R, Suontama, K, Tuomiranta, T, Cost-effectiveness of infliximab in the treatment of rheumatoid arthritis in clinical practice., Clin Exp Rheumatol,2008 Nov-Dec; 26(6):1059-66

Zdefiniowany stan zdrowia	Wartość użyteczności	Źródło
RZS, VAS<40 mm; HAQ 1,6 - <2,1	0,562	Virkki, L M, Hämeenkorpi, R, Heikkilä, S, Immonen, K, Isomäki, P, Jäntti, J, Konttinen, Y T, Nordström, D, Nykänen, P, Peltomaa, R, Saario, R, Suontama, K, Tuomiranta, T, Cost-effectiveness of infliximab in the treatment of rheumatoid arthritis in clinical practice., Clin Exp Rheumatol,2008 Nov-Dec; 26(6):1059-66
RZS, VAS<40 mm; HAQ 1,1 - <1,6	0,676	Virkki, L M, Hämeenkorpi, R, Heikkilä, S, Immonen, K, Isomäki, P, Jäntti, J, Konttinen, Y T, Nordström, D, Nykänen, P, Peltomaa, R, Saario, R, Suontama, K, Tuomiranta, T, Cost-effectiveness of infliximab in the treatment of rheumatoid arthritis in clinical practice., Clin Exp Rheumatol,2008 Nov-Dec; 26(6):1059-66
RZS, VAS<40 mm; HAQ 0,6 - <1,1	0,704	Virkki, L M, Hämeenkorpi, R, Heikkilä, S, Immonen, K, Isomäki, P, Jäntti, J, Konttinen, Y T, Nordström, D, Nykänen, P, Peltomaa, R, Saario, R, Suontama, K, Tuomiranta, T, Cost-effectiveness of infliximab in the treatment of rheumatoid arthritis in clinical practice., Clin Exp Rheumatol,2008 Nov-Dec; 26(6):1059-66
RZS, VAS<40 mm; HAQ <0,6	0,78	Virkki, L M, Hämeenkorpi, R, Heikkilä, S, Immonen, K, Isomäki, P, Jäntti, J, Konttinen, Y T, Nordström, D, Nykänen, P, Peltomaa, R, Saario, R, Suontama, K, Tuomiranta, T, Cost-effectiveness of infliximab in the treatment of rheumatoid arthritis in clinical practice., Clin Exp Rheumatol,2008 Nov-Dec; 26(6):1059-66
HAQ-DI 2,75-3,0	0,03	Vera-Llonch, M, Maclean, R, Massarotti, E, Oster, G, Shadick, N, Sofrygin, O, Westhovens, R, Wolfe, F, Yuan, Y, Cost-effectiveness of abatacept in patients with moderately to severely active rheumatoid arthritis and inadequate response to methotrexate., Rheumatology (Oxford),2008-Apr; 47(4):535-41
HAQ-DI 2,5-2,625	0,12	Vera-Llonch, M, Maclean, R, Massarotti, E, Oster, G, Shadick, N, Sofrygin, O, Westhovens, R, Wolfe, F, Yuan, Y, Cost-effectiveness of abatacept in patients with moderately to severely active rheumatoid arthritis and inadequate response to methotrexate., Rheumatology (Oxford),2008-Apr; 47(4):535-41
HAQ-DI 2,25-2,375	0,23	Vera-Llonch, M, Maclean, R, Massarotti, E, Oster, G, Shadick, N, Sofrygin, O, Westhovens, R, Wolfe, F, Yuan, Y, Cost-effectiveness of abatacept in patients with moderately to severely active rheumatoid arthritis and inadequate response to methotrexate., Rheumatology (Oxford),2008-Apr; 47(4):535-41
HAQ-DI 2,0-2,125	0,33	Vera-Llonch, M, Maclean, R, Massarotti, E, Oster, G, Shadick, N, Sofrygin, O, Westhovens, R, Wolfe, F, Yuan, Y, Cost-effectiveness of abatacept in patients with moderately to severely active rheumatoid arthritis and inadequate response to methotrexate., Rheumatology (Oxford),2008-Apr; 47(4):535-41
HAQ-DI 1,75-1,875	0,43	Vera-Llonch, M, Maclean, R, Massarotti, E, Oster, G, Shadick, N, Sofrygin, O, Westhovens, R, Wolfe, F, Yuan, Y, Cost-effectiveness of abatacept in patients with moderately to severely active rheumatoid arthritis and inadequate response to methotrexate., Rheumatology (Oxford),2008-Apr; 47(4):535-41
HAQ-DI 1,5-1,625	0,51	Vera-Llonch, M, Maclean, R, Massarotti, E, Oster, G, Shadick, N, Sofrygin, O, Westhovens, R, Wolfe, F, Yuan, Y, Cost-effectiveness of abatacept in patients with moderately to severely active rheumatoid arthritis and inadequate response to methotrexate., Rheumatology (Oxford),2008-Apr; 47(4):535-41

Zdefiniowany stan zdrowia	Wartość użyteczności	Źródło
HAQ-DI 1,25-1,375	0,59	Vera-Llonch, M, Maclean, R, Massarotti, E, Oster, G, Shadick, N, Sofrygin, O, Westhovens, R, Wolfe, F, Yuan, Y, Cost-effectiveness of abatacept in patients with moderately to severely active rheumatoid arthritis and inadequate response to methotrexate., <i>Rheumatology (Oxford)</i> ,2008-Apr; 47(4):535-41
HAQ-DI 1,0-1,125	0,66	Vera-Llonch, M, Maclean, R, Massarotti, E, Oster, G, Shadick, N, Sofrygin, O, Westhovens, R, Wolfe, F, Yuan, Y, Cost-effectiveness of abatacept in patients with moderately to severely active rheumatoid arthritis and inadequate response to methotrexate., <i>Rheumatology (Oxford)</i> ,2008-Apr; 47(4):535-41
HAQ-DI 0,75-0,875	0,71	Vera-Llonch, M, Maclean, R, Massarotti, E, Oster, G, Shadick, N, Sofrygin, O, Westhovens, R, Wolfe, F, Yuan, Y, Cost-effectiveness of abatacept in patients with moderately to severely active rheumatoid arthritis and inadequate response to methotrexate., <i>Rheumatology (Oxford)</i> ,2008-Apr; 47(4):535-41
HAQ-DI 0,5-0,625	0,76	Vera-Llonch, M, Maclean, R, Massarotti, E, Oster, G, Shadick, N, Sofrygin, O, Westhovens, R, Wolfe, F, Yuan, Y, Cost-effectiveness of abatacept in patients with moderately to severely active rheumatoid arthritis and inadequate response to methotrexate., <i>Rheumatology (Oxford)</i> ,2008-Apr; 47(4):535-41
HAQ-DI 0,25-0,375	0,8	Vera-Llonch, M, Maclean, R, Massarotti, E, Oster, G, Shadick, N, Sofrygin, O, Westhovens, R, Wolfe, F, Yuan, Y, Cost-effectiveness of abatacept in patients with moderately to severely active rheumatoid arthritis and inadequate response to methotrexate., <i>Rheumatology (Oxford)</i> ,2008-Apr; 47(4):535-41
HAQ-DI 0-0,125	0,86	Vera-Llonch, M, Maclean, R, Massarotti, E, Oster, G, Shadick, N, Sofrygin, O, Westhovens, R, Wolfe, F, Yuan, Y, Cost-effectiveness of abatacept in patients with moderately to severely active rheumatoid arthritis and inadequate response to methotrexate., <i>Rheumatology (Oxford)</i> ,2008-Apr; 47(4):535-41
HAQ-DI 2,75-3,0	0,03	Vera-Llonch, Montserrat, Li, Tracy, Maclean, Ross, Massarotti, Elena, Oster, Gerry, Shadick, Nancy, Sofrygin, Oleg, Westhovens, Rene, Wolfe, Frederick, Cost-effectiveness of abatacept in patients with moderately to severely active rheumatoid arthritis and inadequate response to tumor necrosis factor-alpha antagonists., <i>J Rheumatol</i> ,2008-Sep; 35(9):1745-53
HAQ-DI 2,5-<2,75	0,12	Vera-Llonch, Montserrat, Li, Tracy, Maclean, Ross, Massarotti, Elena, Oster, Gerry, Shadick, Nancy, Sofrygin, Oleg, Westhovens, Rene, Wolfe, Frederick, Cost-effectiveness of abatacept in patients with moderately to severely active rheumatoid arthritis and inadequate response to tumor necrosis factor-alpha antagonists., <i>J Rheumatol</i> ,2008-Sep; 35(9):1745-53
HAQ-DI 2,25-<2,5	0,23	Vera-Llonch, Montserrat, Li, Tracy, Maclean, Ross, Massarotti, Elena, Oster, Gerry, Shadick, Nancy, Sofrygin, Oleg, Westhovens, Rene, Wolfe, Frederick, Cost-effectiveness of abatacept in patients with moderately to severely active rheumatoid arthritis and inadequate response to tumor necrosis factor-alpha antagonists., <i>J Rheumatol</i> ,2008-Sep; 35(9):1745-53
HAQ-DI 2,0-<2,25	0,33	Vera-Llonch, Montserrat, Li, Tracy, Maclean, Ross, Massarotti, Elena, Oster, Gerry, Shadick, Nancy, Sofrygin, Oleg, Westhovens, Rene, Wolfe, Frederick, Cost-effectiveness of abatacept in patients with moderately to severely active rheumatoid arthritis and inadequate response to tumor necrosis factor-alpha antagonists., <i>J Rheumatol</i> ,2008-Sep; 35(9):1745-53

Zdefiniowany stan zdrowia	Wartość użyteczności	Źródło
HAQ-DI 1,75-<2,0	0,43	Vera-Llonch, Montserrat, Li, Tracy, Maclean, Ross, Massarotti, Elena, Oster, Gerry, Shadick, Nancy, Sofrygin, Oleg, Westhovens, Rene, Wolfe, Frederick, Cost-effectiveness of abatacept in patients with moderately to severely active rheumatoid arthritis and inadequate response to tumor necrosis factor-alpha antagonists., J Rheumatol,2008-Sep; 35(9):1745-53
HAQ-DI 1,5-<1,75	0,51	Vera-Llonch, Montserrat, Li, Tracy, Maclean, Ross, Massarotti, Elena, Oster, Gerry, Shadick, Nancy, Sofrygin, Oleg, Westhovens, Rene, Wolfe, Frederick, Cost-effectiveness of abatacept in patients with moderately to severely active rheumatoid arthritis and inadequate response to tumor necrosis factor-alpha antagonists., J Rheumatol,2008-Sep; 35(9):1745-53
HAQ-DI 1,25-<1,5	0,59	Vera-Llonch, Montserrat, Li, Tracy, Maclean, Ross, Massarotti, Elena, Oster, Gerry, Shadick, Nancy, Sofrygin, Oleg, Westhovens, Rene, Wolfe, Frederick, Cost-effectiveness of abatacept in patients with moderately to severely active rheumatoid arthritis and inadequate response to tumor necrosis factor-alpha antagonists., J Rheumatol,2008-Sep; 35(9):1745-53
HAQ-DI 1,0-<1,25	0,66	Vera-Llonch, Montserrat, Li, Tracy, Maclean, Ross, Massarotti, Elena, Oster, Gerry, Shadick, Nancy, Sofrygin, Oleg, Westhovens, Rene, Wolfe, Frederick, Cost-effectiveness of abatacept in patients with moderately to severely active rheumatoid arthritis and inadequate response to tumor necrosis factor-alpha antagonists., J Rheumatol,2008-Sep; 35(9):1745-53
HAQ-DI ,75-<1,0	0,71	Vera-Llonch, Montserrat, Li, Tracy, Maclean, Ross, Massarotti, Elena, Oster, Gerry, Shadick, Nancy, Sofrygin, Oleg, Westhovens, Rene, Wolfe, Frederick, Cost-effectiveness of abatacept in patients with moderately to severely active rheumatoid arthritis and inadequate response to tumor necrosis factor-alpha antagonists., J Rheumatol,2008-Sep; 35(9):1745-53
HAQ-DI 0,5-<,75	0,76	Vera-Llonch, Montserrat, Li, Tracy, Maclean, Ross, Massarotti, Elena, Oster, Gerry, Shadick, Nancy, Sofrygin, Oleg, Westhovens, Rene, Wolfe, Frederick, Cost-effectiveness of abatacept in patients with moderately to severely active rheumatoid arthritis and inadequate response to tumor necrosis factor-alpha antagonists., J Rheumatol,2008-Sep; 35(9):1745-53
HAQ-DI 0,25-<,50	0,8	Vera-Llonch, Montserrat, Li, Tracy, Maclean, Ross, Massarotti, Elena, Oster, Gerry, Shadick, Nancy, Sofrygin, Oleg, Westhovens, Rene, Wolfe, Frederick, Cost-effectiveness of abatacept in patients with moderately to severely active rheumatoid arthritis and inadequate response to tumor necrosis factor-alpha antagonists., J Rheumatol,2008-Sep; 35(9):1745-53
HAQ-DI 0,00-<0,25	0,86	Vera-Llonch, Montserrat, Li, Tracy, Maclean, Ross, Massarotti, Elena, Oster, Gerry, Shadick, Nancy, Sofrygin, Oleg, Westhovens, Rene, Wolfe, Frederick, Cost-effectiveness of abatacept in patients with moderately to severely active rheumatoid arthritis and inadequate response to tumor necrosis factor-alpha antagonists., J Rheumatol,2008-Sep; 35(9):1745-53
RZS, HFAQ <20	0,2245	Schädlich, Peter K, Brecht, Josef G, Gromnica-Ihle, Erika, Huppertz, Eduard, Schneider, Matthias, Straub, Christoph, Zeidler, Henning, Zink, Angela, Modelling cost effectiveness and cost utility of sequential DMARD therapy including leflunomide for rheumatoid arthritis in Germany: II. The contribution of leflunomide to efficiency., Pharmacoeconomics,2005; 23(4):395-420

Zdefiniowany stan zdrowia	Wartość użyteczności	Źródło
RZS, HFAQ 37-20	0,421	Schädlich, Peter K, Brecht, Josef G, Gromnica-Ihle, Erika, Huppertz, Eduard, Schneider, Matthias, Straub, Christoph, Zeidler, Henning, Zink, Angela, Modelling cost effectiveness and cost utility of sequential DMARD therapy including leflunomide for rheumatoid arthritis in Germany: II. The contribution of leflunomide to efficiency., <i>Pharmacoeconomics</i> ,2005; 23(4):395-420
RZS, HFAQ 55-38	0,5388	Schädlich, Peter K, Brecht, Josef G, Gromnica-Ihle, Erika, Huppertz, Eduard, Schneider, Matthias, Straub, Christoph, Zeidler, Henning, Zink, Angela, Modelling cost effectiveness and cost utility of sequential DMARD therapy including leflunomide for rheumatoid arthritis in Germany: II. The contribution of leflunomide to efficiency., <i>Pharmacoeconomics</i> ,2005; 23(4):395-420
RZS, HFAQ 73-56	0,519	Schädlich, Peter K, Brecht, Josef G, Gromnica-Ihle, Erika, Huppertz, Eduard, Schneider, Matthias, Straub, Christoph, Zeidler, Henning, Zink, Angela, Modelling cost effectiveness and cost utility of sequential DMARD therapy including leflunomide for rheumatoid arthritis in Germany: II. The contribution of leflunomide to efficiency., <i>Pharmacoeconomics</i> ,2005; 23(4):395-420
RZS, HFAQ 74-94	0,6197	Schädlich, Peter K, Brecht, Josef G, Gromnica-Ihle, Erika, Huppertz, Eduard, Schneider, Matthias, Straub, Christoph, Zeidler, Henning, Zink, Angela, Modelling cost effectiveness and cost utility of sequential DMARD therapy including leflunomide for rheumatoid arthritis in Germany: II. The contribution of leflunomide to efficiency., <i>Pharmacoeconomics</i> ,2005; 23(4):395-420
RZS, HFAQ >94	0,7154	Schädlich, Peter K, Brecht, Josef G, Gromnica-Ihle, Erika, Huppertz, Eduard, Schneider, Matthias, Straub, Christoph, Zeidler, Henning, Zink, Angela, Modelling cost effectiveness and cost utility of sequential DMARD therapy including leflunomide for rheumatoid arthritis in Germany: II. The contribution of leflunomide to efficiency., <i>Pharmacoeconomics</i> ,2005; 23(4):395-420
HAQ 2,75-3	0,034	Tosh, JC, Cost-Effectiveness of Combination Nonbiologic Disease-Modifying Antirheumatic Drug Strategies in Patients with Early Rheumatoid Arthritis., <i>J Rheumatol</i> ,2011-May-15
HAQ 0-0,25	0,857	Tosh, JC, Cost-Effectiveness of Combination Nonbiologic Disease-Modifying Antirheumatic Drug Strategies in Patients with Early Rheumatoid Arthritis., <i>J Rheumatol</i> ,2011-May-15
RZS – ciężka niepełnosprawność	0,416	Wong, John B., Kavanaugh, Arthur, Singh, Gurkirpal, Estimating the cost-effectiveness of 54 weeks of infliximab for rheumatoid arthritis., <i>Am J Med</i> ,2002-Oct-01; 113(5):400-8
RZS – umiarkowana niepełnosprawność	0,552	Wong, John B., Kavanaugh, Arthur, Singh, Gurkirpal, Estimating the cost-effectiveness of 54 weeks of infliximab for rheumatoid arthritis., <i>Am J Med</i> ,2002-Oct-01; 113(5):400-8
RZS – łagodna niepełnosprawność	0,731	Wong, John B., Kavanaugh, Arthur, Singh, Gurkirpal, Estimating the cost-effectiveness of 54 weeks of infliximab for rheumatoid arthritis., <i>Am J Med</i> ,2002-Oct-01; 113(5):400-8
RZS – brak niepełnosprawności	0,858	Wong, John B., Kavanaugh, Arthur, Singh, Gurkirpal, Estimating the cost-effectiveness of 54 weeks of infliximab for rheumatoid arthritis., <i>Am J Med</i> ,2002-Oct-01; 113(5):400-8
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

Zdefiniowany stan zdrowia	Wartość użyteczności	Źródło
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
Monoterapia sulfasalazyną, po 56 tygodniach – SG	0,89	Verhoeven, A C, Bibo, J C, Boers, M, Engel, G L, van der Linden, S, Cost-effectiveness and cost-utility of combination therapy in early rheumatoid arthritis: randomized comparison of combined step-down prednisolone, methotrexate and sulphasalazine with sulphasalazine alone. COBRA Trial Group. Br J Rheumatol,1998-Oct; 37(10):1102-9

Zdefiniowany stan zdrowia	Wartość użyteczności	Źródło
Leczenie skojarzone, po 56 tygodniach – SG	0,95	Verhoeven, A C, Bibo, J C, Boers, M, Engel, G L, van der Linden, S, Cost-effectiveness and cost-utility of combination therapy in early rheumatoid arthritis: randomized comparison of combined step-down prednisolone, methotrexate and sulphasalazine with sulphasalazine alone. COBRA Trial Group. Br J Rheumatol,1998-Oct; 37(10):1102-9
Monoterapia sulfasalazyną, po 56 tygodniach – RS	0,86	Verhoeven, A C, Bibo, J C, Boers, M, Engel, G L, van der Linden, S, Cost-effectiveness and cost-utility of combination therapy in early rheumatoid arthritis: randomized comparison of combined step-down prednisolone, methotrexate and sulphasalazine with sulphasalazine alone. COBRA Trial Group. Br J Rheumatol,1998-Oct; 37(10):1102-9
Leczenie skojarzone, po 56 tygodniach – RS	0,97	Verhoeven, A C, Bibo, J C, Boers, M, Engel, G L, van der Linden, S, Cost-effectiveness and cost-utility of combination therapy in early rheumatoid arthritis: randomized comparison of combined step-down prednisolone, methotrexate and sulphasalazine with sulphasalazine alone. COBRA Trial Group. Br J Rheumatol,1998-Oct; 37(10):1102-9
Monoterapia sulfasalazyną, po 28 tygodniach – SG	0,82	Verhoeven, A C, Bibo, J C, Boers, M, Engel, G L, van der Linden, S, Cost-effectiveness and cost-utility of combination therapy in early rheumatoid arthritis: randomized comparison of combined step-down prednisolone, methotrexate and sulphasalazine with sulphasalazine alone. COBRA Trial Group. Br J Rheumatol,1998-Oct; 37(10):1102-9
Leczenie skojarzone, po 28 tygodniach – SG	0,88	Verhoeven, A C, Bibo, J C, Boers, M, Engel, G L, van der Linden, S, Cost-effectiveness and cost-utility of combination therapy in early rheumatoid arthritis: randomized comparison of combined step-down prednisolone, methotrexate and sulphasalazine with sulphasalazine alone. COBRA Trial Group. Br J Rheumatol,1998-Oct; 37(10):1102-9
Monoterapia sulfasalazyną, po 28 tygodniach – RS	0,7	Verhoeven, A C, Bibo, J C, Boers, M, Engel, G L, van der Linden, S, Cost-effectiveness and cost-utility of combination therapy in early rheumatoid arthritis: randomized comparison of combined step-down prednisolone, methotrexate and sulphasalazine with sulphasalazine alone. COBRA Trial Group. Br J Rheumatol,1998-Oct; 37(10):1102-9
Leczenie skojarzone, po 28 tygodniach – RS	0,79	Verhoeven, A C, Bibo, J C, Boers, M, Engel, G L, van der Linden, S, Cost-effectiveness and cost-utility of combination therapy in early rheumatoid arthritis: randomized comparison of combined step-down prednisolone, methotrexate and sulphasalazine with sulphasalazine alone. COBRA Trial Group. Br J Rheumatol,1998-Oct; 37(10):1102-9
RZS, wartość początkowa, SG	0,78	Verhoeven, A C, Bibo, J C, Boers, M, Engel, G L, van der Linden, S, Cost-effectiveness and cost-utility of combination therapy in early rheumatoid arthritis: randomized comparison of combined step-down prednisolone, methotrexate and sulphasalazine with sulphasalazine alone. COBRA Trial Group. Br J Rheumatol,1998-Oct; 37(10):1102-9
RZS, wartość początkowa, RS	0,55	Verhoeven, A C, Bibo, J C, Boers, M, Engel, G L, van der Linden, S, Cost-effectiveness and cost-utility of combination therapy in early rheumatoid arthritis: randomized comparison of combined step-down prednisolone, methotrexate and sulphasalazine with sulphasalazine alone. COBRA Trial Group. Br J Rheumatol,1998-Oct; 37(10):1102-9

Zdefiniowany stan zdrowia	Wartość użyteczności	Źródło
Pacjenci z RZS leczeni w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (SF-6D)	0,673	van den Hout, Wilbert B, Breedveld, Ferdinand C, de Jong, Zuzana, Hazes, Johanna M W, Munneke, Marten, van den Hout, Wilbert B, Vliet Vlieland, Theodora P M, Cost-utility and cost-effectiveness analyses of a long-term, high-intensity exercise program compared with conventional physical therapy in patients with rheumatoid arthritis., <i>Arthritis Rheum</i> ,2005-Feb-15; 53(1):39-47
Pacjenci z RZS leczeni w ramach programu fizykoterapii (SF-6D)	0,682	van den Hout, Wilbert B, Breedveld, Ferdinand C, de Jong, Zuzana, Hazes, Johanna M W, Munneke, Marten, van den Hout, Wilbert B, Vliet Vlieland, Theodora P M, Cost-utility and cost-effectiveness analyses of a long-term, high-intensity exercise program compared with conventional physical therapy in patients with rheumatoid arthritis., <i>Arthritis Rheum</i> ,2005-Feb-15; 53(1):39-47
Pacjenci z RZS leczeni w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (EQ-5D)	0,659	van den Hout, Wilbert B, Breedveld, Ferdinand C, de Jong, Zuzana, Hazes, Johanna M W, Munneke, Marten, van den Hout, Wilbert B, Vliet Vlieland, Theodora P M, Cost-utility and cost-effectiveness analyses of a long-term, high-intensity exercise program compared with conventional physical therapy in patients with rheumatoid arthritis., <i>Arthritis Rheum</i> ,2005-Feb-15; 53(1):39-47
Pacjenci z RZS leczeni w ramach programu fizykoterapii (EQ-5D)	0,63	van den Hout, Wilbert B, Breedveld, Ferdinand C, de Jong, Zuzana, Hazes, Johanna M W, Munneke, Marten, van den Hout, Wilbert B, Vliet Vlieland, Theodora P M, Cost-utility and cost-effectiveness analyses of a long-term, high-intensity exercise program compared with conventional physical therapy in patients with rheumatoid arthritis., <i>Arthritis Rheum</i> ,2005-Feb-15; 53(1):39-47
Pacjenci osiągający ACR50, słabo rokujące RZS	0,82	Suter, L G, Cost-effectiveness of Adding Magnetic Resonance Imaging to Rheumatoid Arthritis Management., <i>Arch Intern Med</i> ,2011-Apr-11; 171(7):657-67
Pacjenci osiągający ACR50, dobrze rokujące RZS	0,885	Suter, L G, Cost-effectiveness of Adding Magnetic Resonance Imaging to Rheumatoid Arthritis Management., <i>Arch Intern Med</i> ,2011-Apr-11; 171(7):657-67
Aktywne słabo rokujące RZS	0,69	Suter, L G, Cost-effectiveness of Adding Magnetic Resonance Imaging to Rheumatoid Arthritis Management., <i>Arch Intern Med</i> ,2011-Apr-11; 171(7):657-67
Aktywne dobrze rokujące RZS	0,82	Suter, L G, Cost-effectiveness of Adding Magnetic Resonance Imaging to Rheumatoid Arthritis Management., <i>Arch Intern Med</i> ,2011-Apr-11; 171(7):657-67
RZS w remisji	0,95	Suter, L G, Cost-effectiveness of Adding Magnetic Resonance Imaging to Rheumatoid Arthritis Management., <i>Arch Intern Med</i> ,2011-Apr-11; 171(7):657-67

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
I	[REDACTED]		
	[REDACTED]	[REDACTED]	
	[REDACTED]	[REDACTED]	
	[REDACTED]	[REDACTED]	
	[REDACTED]	[REDACTED]	
	[REDACTED]	[REDACTED]	
	[REDACTED]	[REDACTED]	
II	[REDACTED]		
	[REDACTED]	[REDACTED]	
	[REDACTED]	[REDACTED]	
	[REDACTED]	[REDACTED]	
	[REDACTED]	[REDACTED]	
	[REDACTED]	[REDACTED]	
	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	

	g) [REDACTED]	[REDACTED]	
█	[REDACTED]	[REDACTED]	
█	[REDACTED]	[REDACTED]	
█	[REDACTED]		[REDACTED]
█	[REDACTED]		
	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
█	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
█	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
█	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
█	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

Golimumab w terapii reumatoidalnego zapalenia stawów – analiza ekonomiczna

	[REDACTED]		[REDACTED]
	[REDACTED]		[REDACTED]
	[REDACTED]		[REDACTED]
	[REDACTED]		[REDACTED]
■	[REDACTED]		
	[REDACTED]	[REDACTED]	
	[REDACTED]	[REDACTED]	
	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
■	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
■	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
	[REDACTED]		
■	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

Spis tabel

Tabela 1. Wyniki przeglądu analiz ekonomicznych..... 15

Tabela 2. Problem decyzyjny zdefiniowany w schemacie PICO..... 15

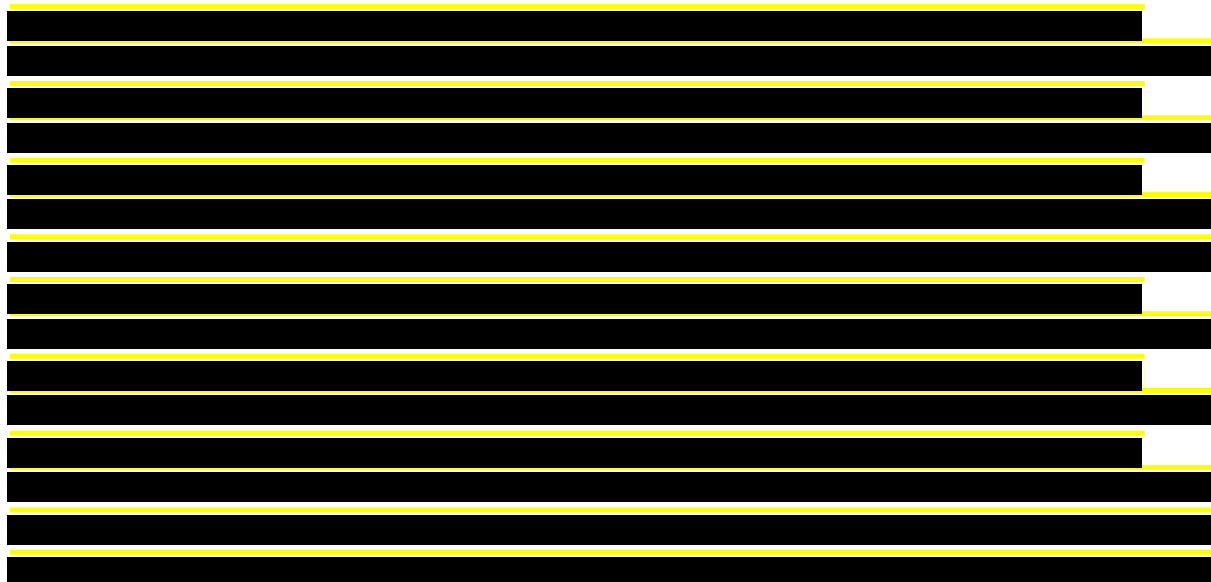


Tabela 12. Koszty jednostkowe związane z podaniem leków..... 24

Tabela 13. Wycena procedur związanej z kwalifikacją do leczenia..... 25

Tabela 14. Wycena procedury związanej z monitorowaniem leczenia..... 25

Tabela 15. Wyjściowa wartość użyteczności dla aktywnego RZS..... 27

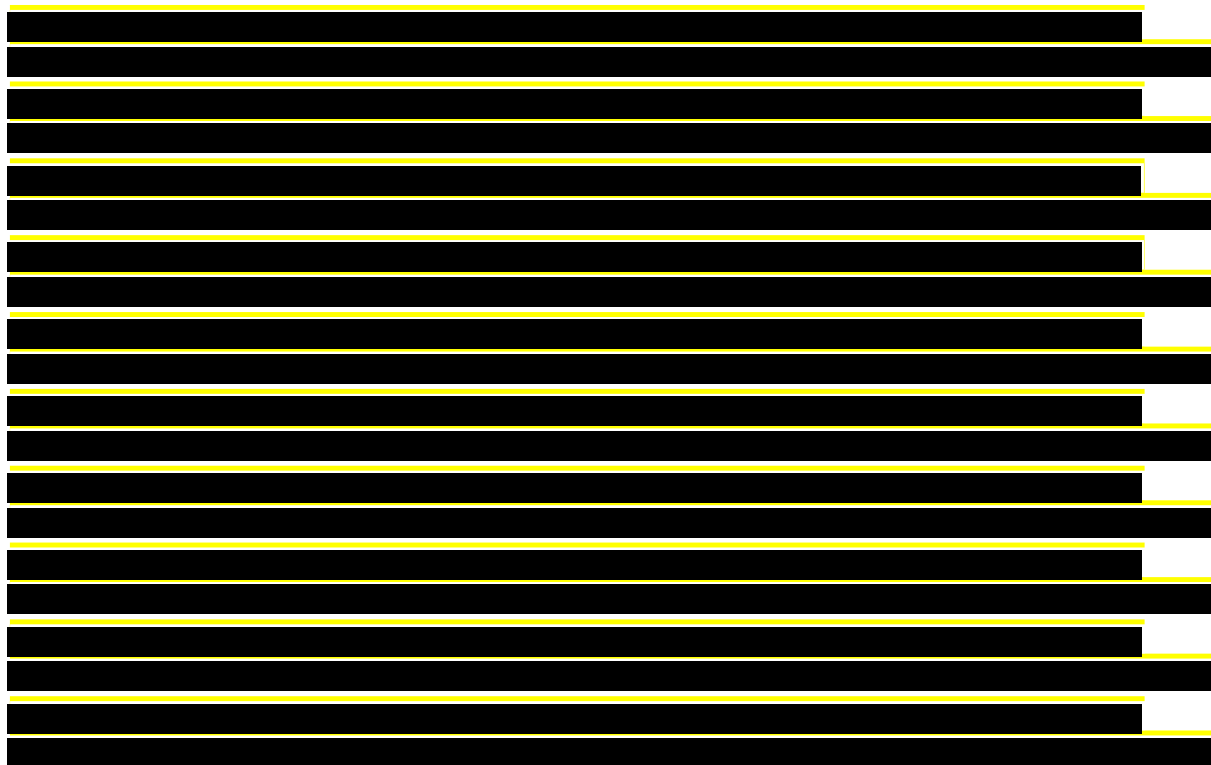




Tabela 32. Strategia przeszukiwania bazy Medline (PubMed) do dnia 08.08.2012 r.	49
Tabela 33. Strategia przeszukiwania bazy <i>The Cochrane Library</i> (CENTRAL) do dnia 08.08.2012 r.	49
Tabela 34. Strategia przeszukiwania bazy Embase (Elsevier) do dnia 08.08.2012 r.	49
Tabela 35. Strategia przeszukiwania bazy Medline (PubMed). 20.02.2013.	60
Tabela 36. Strategia przeszukiwania bazy Cochrane Library. 20.02.2013.	60
Tabela 37. Strategia przeszukiwania bazy Embase (Elsevier). 20.02.2013.	60

Spis rysunków



Piśmiennictwo

- ¹ Szczeklik A, Gajewski P, Choroby wewnętrzne. Kompendium medycyny praktycznej 2012.
- ² Tłustochowicz W, Brzosko M, Filipowicz-Sosnowska A i wsp. Stanowisko Zespołu Ekspertów Konsultanta Krajowego ds. Reumatologii w sprawie diagnostyki i terapii reumatoidalnego zapalenia stawów. *Reumatologia* 2008; 46: 111-114.
- ³ Panayi GS. The immunopathogenesis of rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol* 1993; 32, Suppl 1: 4.
- ⁴ Filipowicz-Sosnowska A, Przygodzka M. Diagnostyka wczesnego reumatoidalnego zapalenia stawów (rzs) w świetle współczesnych danych. *Przew Lek* 2001, 4, 4, 12-18
- ⁵ Silman A. Oxford textbook of rheumatology. Oxford University Press. 1998:811-28.
- ⁶ Wiland P. Reumatoidalne zapalenie stawów – epidemiologia, schematy terapeutyczne. *Przew Lek* 2000, 3, 68-71.
- ⁷ Filipowicz-Sosnowska A, Stanisławska-Biernat E, Zubrzycka-Sienkiewicz A. Reumatoidalne zapalenie stawów. *Medycyna po Dyplomie* 2002;11:63-76.
- ⁸ <http://www.emea.europa.eu/>
- ⁹ Saag KG, Teng GG, Patkar NM, Anuntiyo J, Finney C, Curtis JR, Paulus HE, Mudano A, Pisu M, Elkins-Melton M, Outman R, Allison JJ, Suarez Almazor M, Bridges SL Jr, Chatham WW, Hochberg M, MacLean C, Mikuls T, Moreland LW, O'Dell J, Turkiewicz AM, Furst DE; American College of Rheumatology. American College of Rheumatology 2008 recommendations for the use of nonbiologic and biologic disease-modifying antirheumatic drugs in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 2008 Jun 15;59(6):762-84.
- ¹⁰ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 lipca 2012 r.
- ¹¹ Nguyen C.M. Mendes M. Bounthavong M. Christopher M. Morreale A.P. Cost-utility analysis of tumor necrosis factor-alpha inhibitors for the treatment of rheumatoid arthritis using a markov model. *Value in Health* (2010) 13:3 (A127-A128).
- ¹² Desai R.J. Rao J. Biddle A.K. Cost-effectiveness analysis of golimumab for the treatment of rheumatoid Arthritis *Value in Health* (2012) 15:4 (A39).
- ¹³ Nguyen C.M. Bounthavong M. Mendes M.A.S. Christopher M.L.D. Tran J.N. Kazerooni R. Morreale A.P. Cost utility of tumour necrosis factor-(alpha) inhibitors for rheumatoid arthritis: An application of bayesian methods for evidence synthesis in a markov model. *PharmacoEconomics* (2012) 30:7 (575-593).

[REDACTED]

[REDACTED]

¹⁵ Gabriel SE, Crowson CS, Kremers HM, Doran MF, Turesson C, O'Fallon WM, Matteson EL. Survival in rheumatoid arthritis: a population-based analysis of trends over 40 years. *Arthritis Rheum.* 2003 Jan;48(1):54-8.

¹⁶ Peltomaa R, Paimela L, Kautiainen H, Leirisalo-Repo M. Mortality in patients with rheumatoid arthritis treated actively from the time of diagnosis. *Ann Rheum Dis.* 2002 Oct;61(10):889-94.

¹⁷ van Gestel AM, Anderson JJ, van Riel PL, Boers M, Haagsma CJ, Rich B, Wells G, Lange ML, Felson DT. ACR and EULAR improvement criteria have comparable validity in rheumatoid arthritis trials. *American College of Rheumatology European League of Associations for Rheumatology. J Rheumatol.* 1999 Mar;26(3):705-11.

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

¹⁹ Załącznik nr 1k do zarządzenia Nr 27/2012/DGL Prezesa NFZ z dnia 10 maja 2012 roku. Katalog świadczeń i zakresów – leczenie szpitalne – programy zdrowotne (lekowe).