

ANEKS

OCENA KOSZTÓW SKŁADOWYCH NA RZECZ ANALIZY EKONOMICZNEJ

Wersja 1.00

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

[REDACTED]

[Redacted text]

[Redacted text]

[Redacted text]

[Redacted text]

[Redacted text]

[Redacted text]

[Redacted text]

[Redacted text]

[Redacted text]

[Redacted text]

[Redacted text]

[Redacted text]

[Redacted text]

[Redacted text]

[Redacted text]

[Redacted text]

[Redacted text]

[Redacted text]

[Redacted text]

[Redacted text]

[Redacted text]

[Redacted text]

[Redacted text]

[Redacted text]

SPIS TREŚCI

Streszczenie	6
1. Cel analizy kosztów	8
2. Metodyka analizy	8
2.1. Sposób przeprowadzenia analizy	8
2.2. Metodologia badania ankietowego.....	8
2.3. Horyzont czasowy	9
2.4. Kryteria włączenia lekarzy	9
2.5. Kryteria włączenia/wykluczenia pacjentów	9
2.6. Perspektywa analizy.....	9
2.7. Obliczenia statystyczne	10
3. Wyniki.....	11
3.1. Leki.....	11
3.2. Diagnostyka i monitorowanie pacjentów z PBSz.....	13
3.3. Wizyty specjalistyczne.....	14
3.3.1. Faza przewlekła – wyniki badania ankietowego.....	14
3.3.2. Faza akceleracji – wyniki badania ankietowego.....	18
3.3.3. Faza kryzy blastycznej – wyniki badania ankietowego	22
3.3.4. Zalecenia zgodne z zdrowotnym programem lekowym	24
3.3.5. Koszt jednostkowy wizyty kontrolnej	25
3.3.6. Podsumowanie	25
3.4. Hospitalizacje.....	26
3.4.1. Odsetek pacjentów wymagających hospitalizacji.....	26
3.4.2. Koszt leczenia hospitalizowanych pacjentów	27
3.4.3. Podsumowanie	32
3.5. Wizyty u lekarza POZ.....	33
3.6. Leczenie działań niepożądanych	33
3.6.1. Trombocytopenia w stopniu 3/4 WHO.....	33
3.6.2. Neutropenia w stopniu 3/4 WHO	43
3.6.3. Anemia w stopniu 3/4 WHO	53
3.6.4. Wysięk opłucnowy	63
3.6.5. Obrzęk obwodowy w stopniu 3/4 WHO	71

3.7. Transplantacje.....	79
4. Bibliografia.....	84
5. Spis tabel.....	85
Załączniki	89

INDEKS SKRÓTÓW

AP	Faza akceleracji (<i>Accelerated Phase</i>)
BC	Faza kryzy blastycznej (<i>Blast Crisis</i>)
CP	Faza przewlekła (<i>Chronic Phase</i>)
HLA	Główny układ zgodności tkankowej (<i>Human Leukocyte Antigens</i>)
KKC	Koncentrat krwinek czerwonych (<i>Red Blood Cell Concentrate</i>)
KKP	Koncentrat krwinek płytkowych (<i>Platelet Concentrate</i>)
MZ	Ministerstwo Zdrowia
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
PBSz	Przewlekła białaczka szpikowa
p.o.	Doustnie (<i>Per Os</i>)
POLTRANSPLANT	Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do Spraw Transplantacji
POZ	Podstawowa opieka zdrowotna
PL	Program lekowy (wcześniej Terapeutyczny Program Zdrowotny)
WHO	Światowa Organizacja Zdrowia (<i>World Health Organisation</i>)

STRESZCZENIE

- Cel** Celem analizy jest oszacowanie kosztów leczenia pacjentów z przewlekłą białaczką szpikową zgodnie z praktyką kliniczną w Polsce. Opracowanie ma na celu wyznaczenie wartości niezbędnych do przeprowadzenia analizy ekonomicznej oraz analizy wpływu na system ochrony zdrowia.
- Metodyka** Analizę przeprowadzono kompilując dane uzyskane z badania ankietowego przeprowadzonego wśród lekarzy hematologów oraz transplantologów, dane pochodzące z Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) oraz dane uzyskane z Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego do Spraw Transplantacji (POLTRANSPLANT). Uwzględniono następujące kategorie kosztowe: leki (inhibitory kinazy tyrozynowej), diagnostykę i monitorowanie, wizyty specjalistyczne, hospitalizacje, wizyty u lekarza POZ, leczenie działań, transplantacje. Dobór kategorii kosztowych był uzasadniony koniecznością uzyskania odpowiednich danych wejściowych do analizy ekonomicznej oraz analizy wpływu na system ochrony zdrowia. Badanie ankietowe miało postać wywiadów bezpośrednich. Analizę przeprowadzono z perspektywy płatnika publicznego (NFZ).
- Wyniki**
- Leki**
Dla fazy przewlekłej koszt dziennej terapii wykorzystany w podstawowym wariantcie przeprowadzonej analizy ekonomicznej i analizy wpływu na system ochrony zdrowia wynosi [REDAKTOWANE] (odpowiednio w pierwszej i drugiej linii), [REDAKTOWANE] dla dazatynibu.
Dla fazy akceleracji koszt dziennej terapii wykorzystany w podstawowym wariantcie przeprowadzonej analizy ekonomicznej wynosi [REDAKTOWANE] odpowiednio dla nilotynibu, imatynibu oraz dazatynibu.
- Diagnostyka i monitorowanie**
Roczny koszt diagnostyki i monitorowania pacjentów leczonych w ramach programu zdrowotnego [REDAKTOWANE]
- Wizyty specjalistyczne**
Oszacowany średni koszt wizyt specjalistycznych przypadający na miesiąc leczenia pacjentów z przewlekłą białaczką szpikową odpowiednio dla fazy przewlekłej, akceleracji i kryzy blastycznej [REDAKTOWANE]
- Hospitalizacje**
Wyznaczony w analizie średni miesięczny koszt hospitalizacji z powodu leczenia przewlekłej białaczki szpikowej na pacjenta wynosi [REDAKTOWANE] dla fazy przewlekłej, [REDAKTOWANE] dla fazy akceleracji oraz [REDAKTOWANE] dla fazy kryzy blastycznej. Odsetki pacjentów hospitalizowanych w poszczególnych fazach wynoszą odpowiednio [REDAKTOWANE] [REDAKTOWANE] W przypadku nieuwzględnienia braku hospitalizacji w fazie kryzy blastycznej odsetek pacjentów leczonych szpitalnie w tej fazie choroby wynosi [REDAKTOWANE]

Wizyty u lekarza POZ

Koszt wizyt u lekarza POZ dla pacjenta chorego na przewlekłą białaczkę szpikową przyjęto, zgodnie z obowiązującą stawką kawitacyjną, na poziomie [REDACTED].

Leczenia działań niepożądanych

Koszt leczenia epizodu trombocytopenii w stopniu 3/4 WHO oszacowano na [REDACTED].

Koszt leczenia epizodu neutropenii w stopniu 3/4 WHO oszacowano na [REDACTED]. W przypadku braku uwzględnienie hospitalizacji związanych wystąpieniem działania niepożądanego koszt ten [REDACTED].

Koszt leczenia epizodu anemii w stopniu 3/4 WHO oszacowano na [REDACTED].

Koszt leczenia epizodu wysięku opłucnowego oszacowano na [REDACTED].

Koszt leczenia epizodu obrzęku obwodowego w stopniu 3/4 WHO oszacowano na [REDACTED].

Transplantacje

Koszt transplantacji ponoszony łącznie przez NFZ oraz Ministerstwo Zdrowia (przez POLTRANSPLANT) wynosi [REDACTED].

1. CEL ANALIZY KOSZTÓW

Celem analizy jest oszacowanie kosztów leczenia pacjentów z przewlekłą białaczką szpikową zgodnie z praktyką kliniczną w Polsce. Opracowanie ma na celu wyznaczenie wartości niezbędnych do przeprowadzenia analizy ekonomicznej oraz analizy wpływu na system ochrony zdrowia.

2. METODYKA ANALIZY

2.1. Sposób przeprowadzenia analizy

Analizę przeprowadzono kompilując dane uzyskane z badania ankietowego przeprowadzonego wśród 20 lekarzy hematologów, badania ankietowego przeprowadzonego wśród 5 lekarzy transplantologów, dane pochodzące z Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) oraz dane uzyskane z Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego do Spraw Transplantacji (POLTRANSPLANT).

W niniejszej analizie uwzględniono następujące kategorie kosztowe:

1. leki (inhibitory kinazy tyrozynowej),
2. diagnostykę i monitorowanie pacjentów z PBSz,
3. wizyty specjalistyczne,
4. hospitalizacje,
5. wizyty u lekarza POZ,
6. leczenie działań niepożądanych uwzględniające:
 - a. dodatkowe leczenie (leki, przetoczenie koncentratu krwinek czerwonych, przetoczenie koncentratu krwinek płytkowych),
 - b. hospitalizacje,
 - c. dodatkowe wizyty ambulatoryjne,
7. transplantacje.

Dobór kategorii kosztowych był uzasadniony koniecznością uzyskania odpowiednich danych wejściowych do analizy ekonomicznej oraz analizy wpływu na system ochrony zdrowia.

2.2. Metodologia badania ankietowego

Badanie ankietowe miało postać wywiadów bezpośrednich z lekarzami hematologami w oparciu o ich opinię.

2.3. Horyzont czasowy

W badaniu ankietowym nie sprecyzowano horyzontu czasowego. Odpowiedzi były oparte na opinii lekarzy dotyczących poszczególnych zagadnień (badanie opinion based).

2.4. Kryteria włączenia lekarzy

Do badania zostali wybrani hematolodzy prowadzący farmakologiczne leczenie przewlekłej białaczki szpikowej u pacjentów dorosłych (20 lekarzy) oraz transplantolodzy przeprowadzający zabiegi przeszczepu szpiku kostnego u pacjentów z przewlekłą białaczką szpikową (5 lekarzy).

Kryteria włączenia hematologów zdefiniowano następująco:

- czynne wykonywanie zawodu hematologa,
- leczenie co najmniej 5 dorosłych pacjentów z PBSz,
- wykonywanie zawodu przez minimum 2 lata.

Kryteria włączenia hematologów zdefiniowano następująco:

- czynne wykonywanie zawodu transplantologa,
- wykonywanie przeszczepów macierzystych komórek krwiotwórczych u dorosłych pacjentów z PBSz,
- wykonanie co najmniej 1 przeszczepu w ciągu roku poprzedzającego wywiad,
- wykonywanie zawodu przez minimum 2 lata.

2.5. Kryteria włączenia/wykluczenia pacjentów

Badanie ankietowe było badaniem bazującym na opinii lekarzy w zakresie analizowanych zagadnień (badanie opinii lekarza - opinion-based), nie sprecyzowano więc szczegółowych kryteriów włączenia/wykluczenia pacjentów. Analizie podlegali pacjenci z przewlekłą białaczką szpikową leczeni przez ankietowanych lekarzy.

2.6. Perspektywa analizy

Analizę przeprowadzono z perspektywy płatnika publicznego (NFZ). Ze względu na założenie leczenia chorych w ramach programu zdrowotnego i brak partycypacji pacjentów w kosztach terapii nie przeprowadzono analizy z poszerzonej perspektywy płatnika publicznego. Założono przy tym, że wydatki pacjentów związane z ewentualną terapią dodatkową (np. leczenie działań niepożądanych) są zaniedbywalnie małe.

2.7. Obliczenia statystyczne

Średni koszt dla poszczególnych kategorii kosztowych przyjęto uśredniając wyniki otrzymane dla poszczególnych lekarzy ważąc je uprzednio liczbą pacjentów znajdujących się obecnie pod opieką lekarza.

3. WYNIKI

3.1. Leki

Koszt dziennej dawki leków – dazatynibu, nilotynibu oraz imatynibu z podziałem na poszczególne fazy choroby wyznaczono w oparciu o ceny 1 mg substancji czynnej wyznaczonej na podstawie *Katalogu substancji czynnych stosowanych w terapeutycznych programach zdrowotnych (Zarządzenie Nr 59/2011/DGL Prezesa NFZ z dnia 10 października 2011* [[1]) oraz dawkowanie wyznaczone w oparciu o charakterystyki produktów leczniczych [2–4] oraz badania RCT (Saglio 2010), odnalezione w ramach przeglądu systematycznego [5].

Szczegółowe dane dotyczące ceny 1 mg substancji czynnych zamieszczono w poniższej tabeli.

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

Rozważono dwa warianty dawkowania leków:

- oparte na charakterystykach produktów leczniczych dla wszystkich faz choroby i linii leczenia,
- oparte na badaniach klinicznych odnalezionych w ramach przeprowadzonego przeglądu systematycznego [6] dla pierwszej linii leczenia w fazie przewlekłej oraz charakterystykach produktów leczniczych dla kolejnych linii terapii lub dla fazy akceleracji oraz kryzy blastycznej.

Szczegółowe dawki z podziałem na poszczególne fazy choroby zamieszczono w tabelach poniżej (Tabela 2,

Tabela 3, Tabela 4).

[REDACTED]

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

[REDACTED]

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

[REDACTED]

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

Zgodnie z przyjętym dawkowaniem, uwzględniając cenę 1 mg poszczególnych leków wyznaczono koszt dziennej terapii poszczególnymi preparatami. Uzyskane wyniki zamieszczono w poniższych tabelach.

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

[REDACTED]				
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]		[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. Diagnostyka i monitorowanie pacjentów z PBSz

W celu obliczenia rocznego kosztu związanego z diagnostyką i monitorowaniem pacjentów z przewlekłą białaczką szpikową przyjęto założenie, że wszystkie procedury mające na celu wstępną kwalifikację pacjentów do programu lekowego jak również dalsze ich monitorowanie finansowane są w ramach procedury *Diagnostyka w programie leczenia przewlekłej białaczki szpikowej*, na podstawie *Katalogu ryczałtów za diagnostykę w programach terapeutycznych (Zarządzenie Nr 59/2011/DGL Prezesa NFZ z dnia 10 października 2011 [1])*. Założenie to jest zgodne z opinią uzyskaną od eksperta. Szczegółowe wartości zamieszczono w poniższej tabeli.

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

3.3. Wizyty specjalistyczne

Na podstawie badania ankietowego wyznaczono średnie częstotliwości wizyt ambulatoryjnych związanych z leczeniem przewlekłej białaczki szpikowej w poszczególnych fazach choroby. Zgodnie z opinią eksperta odrębnie rozważano pierwszy miesiąc terapii oraz okres po uzyskaniu odpowiedzi hematologicznej, cytologicznej i molekularnej. Na podstawie danych pochodzących z Narodowego Funduszu Zdrowia wyznaczono koszt jednostkowy wizyty specjalistycznej. W poniższych rozdziałach zaprezentowano uzyskane dane z podziałem na fazy choroby oraz poszczególne preparaty. Z uwagi na fakt, że część z odpowiedzi ankietowanych lekarzy była niższa niż minimalna wartość przewidywana przez program lekowy obliczeń dokonano zarówno uwzględniając wszystkie odpowiedzi ankietowanych lekarzy, jak i wyłącznie odpowiedzi zgodne z założeniami PL.

3.3.1. Faza przewlekła – wyniki badania ankietowego

Terapia nilotynibem

Poniżej przedstawiono dane dotyczące terapii nilotynibem w fazie przewlekłej. Odpowiedzi na pytanie związane ze średnią liczbą wizyt specjalistycznych u pacjentów w fazie przewlekłej leczonych nilotynibem udzieliło 14 lekarzy hematologów stosujących preparat w tej fazie choroby.

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

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

Terapia imatynibem

Poniżej przedstawiono dane dotyczące terapii imatynibem w fazie przewlekłej. Odpowiedzi na pytanie związane ze średnią liczbą wizyt specjalistycznych u pacjentów w fazie przewlekłej leczonych imatynibem udzieliło 20 lekarzy hematologów stosujących preparat w tej fazie choroby.

[Redacted Title]

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

[Redacted Title]

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

[Redacted Title]

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

[Redacted Title]

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

[Redacted]

Terapia dazatynibem

Poniżej przedstawiono dane dotyczące terapii dazatynibem w fazie przewlekłej. Odpowiedzi na pytanie związane ze średnią liczbą wizyt specjalistycznych u pacjentów w fazie przewlekłej leczonych dazatynibem udzieliło 17 lekarzy hematologów stosujących preparat w tej fazie choroby.

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

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

3.3.2. Faza akceleracji – wyniki badania ankietowego

Terapia nilotynibem

Poniżej przedstawiono dane dotyczące terapii nilotynibem w fazie akceleracji. Odpowiedzi na pytanie związane ze średnią liczbą wizyt specjalistycznych u pacjentów w fazie akceleracji leczonych nilotynibem udzieliło 10 lekarzy hematologów stosujących preparat w tej fazie choroby.

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

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

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

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

Terapia imatynibem

Poniżej przedstawiono dane dotyczące terapii imatynibem w fazie akceleracji. Odpowiedzi na pytanie związane ze średnią liczbą wizyt specjalistycznych u pacjentów w fazie akceleracji leczonych imatynibem udzieliło 14 lekarzy hematologów stosujących preparat w tej fazie choroby.

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

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

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

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

Terapia dazatynibem

Poniżej przedstawiono dane dotyczące terapii dazatynibem w fazie akceleracji. Odpowiedzi na pytanie związane ze średnią liczbą wizyt specjalistycznych u pacjentów w fazie akceleracji leczonych dazatynibem udzieliło 14 lekarzy hematologów stosujących preparat w tej fazie choroby.

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

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

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

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

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

Terapia dazatynibem

Poniżej przedstawiono dane dotyczące terapii dazatynibem w fazie kryzy blastycznej. Odpowiedzi na pytanie związane ze średnią liczbą wizyt specjalistycznych u pacjentów w fazie kryzy blastycznej leczonych dazatynibem udzieliło 9 lekarzy hematologów stosujących preparat w tej fazie choroby.

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

[REDACTED]

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

[REDACTED]

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

[REDACTED]

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

[REDACTED]

[REDACTED]

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

[REDACTED]

3.3.5. Koszt jednostkowy wizyty kontrolnej

Koszt jednostkowy wizyty kontrolnej związanej z leczeniem pacjentów z przewlekłą białaczką szpikową oszacowano zgodnie z wyceną punktową przyjęcia pacjenta w trybie ambulatoryjnym związanego z wykonaniem programu uzyskaną na podstawie Zarządzenia nr 59/2011/DGL Prezesa NFZ z dnia 10 października 2011[1].

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

3.3.6. Podsumowanie

W tabeli poniżej przedstawiono zbiorcze rezultaty badania ankietowego dotyczące oszacowania liczby wizyt kontrolnych w poszczególnych fazach choroby. Wyróżniono przy tym liczbę wizyt w pierwszym oraz kolejnych miesiącach terapii poszczególnymi preparatami. Z uwagi na metodykę analizy ekonomicznej, na potrzeby której została przeprowadzona niniejsza analiza kosztów wyznaczono średnią liczbę wizyt specjalistycznych przypadającą w okresie następującym po pierwszym miesiącu leczenia. Obliczenia wykonano według poniższego wzoru:

$$[REDACTED]$$

$$[REDACTED]$$

gdzie:

- N_{roczne} - średnia roczna liczba wizyt specjalistycznych po pierwszym miesiącu terapii,
- N_{mies} - średnia miesięczna liczba wizyt specjalistycznych po pierwszym miesiącu terapii
- N_{hem} - średnia roczna liczba wizyt po uzyskaniu odpowiedzi hematologicznej
- N_{cyt} - średnia roczna liczba wizyt po uzyskaniu odpowiedzi cytologicznej
- N_{mol} - średnia roczna liczba wizyt po uzyskaniu odpowiedzi molekularnej.

Wartość średnią miesięcznej liczby wizyt specjalistycznych w danej fazie wyznaczono obliczając średnią z częstości po pierwszym miesiącu terapii z uwzględnieniem tych preparatów, które mogą być potencjalnie stosowane w danej fazie choroby. Na podstawie tak przyjętych założeń oszacowano średni miesięczny koszt wizyt specjalistycznych w podziale na poszczególne fazy choroby. Koszt jednostkowy wizyty przyjęto równy 102,00 zł (sposób wyznaczenia jednostkowego kosztu wizyty specjalistycznej zamieszczono w rozdz. 3.3.4). Szczegółowe wartości zamieszczono w poniższej tabeli.

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

Koszt leczenia szpitalnego pacjentów hospitalizowanych poza programem lekowym oszacowano w oparciu o listę rozpoznań i procedur raportowanych przez lekarzy hospitalizujących pacjentów w danej fazie choroby (szczegółowe dane związane z odpowiedziami ankietowanych lekarzy dla poszczególnych faz PBSz zaprezentowano w [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED]). Na tej podstawie poszczególnym hospitalizacjom przypisano następujące grupy JGP:

- choroby układu krwiotwórczego i odpornościowego > 1 dnia (S03),
- choroby układu krwiotwórczego i odpornościowego > 10 dni (S02),
- zaburzenia krzepliwości i inne choroby krwi i śledziony > 1 dnia (S06),
- zaburzenia krzepliwości i inne choroby krwi i śledziony > 10 dni (S05),
- zapalenie płuc nietypowe, wirusowe (D18).

Średni roczny koszt hospitalizacji rozliczanych poza PL przypadający na jednego pacjenta oszacowano uwzględniając średnią roczną liczbę przyjęć na oddział szpitalny przypadającą na jednego pacjenta, koszt hospitalizacji rozliczany grupą JGP oraz koszt osobodni ponad ryczałt finansowany grupą (w zależności od średniego czasu hospitalizacji raportowanego przez poszczególnych lekarzy). Jednostkowy koszt związany z odpowiednimi grupami JGP wyznaczono w oparciu o Zarządzenie Nr 72/2011/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 20 października 2011[7]. W tabelach poniżej zamieszczono szczegółowe dane dla poszczególnych grup JGP.

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

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

Faza przewlekła

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

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

3.5. Wizyty u lekarza POZ

Zgodnie z Zarządzeniem nr 85/2011/DSZOZ Prezesa NFZ z dnia 17 listopada 2011 [8] dla świadczeń udzielanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) stosowana jest roczna stawka kapitacyjna w wysokości 96,00 zł.

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

3.6. Leczenie działań niepożądanych

3.6.1. Trombocytopenia w stopniu 3/4 WHO

W celu wyznaczenia kosztu leczenia epizodu trombocytopenii w stopniu 3/4 WHO uwzględniono następujące czynniki:

- koszt przetoczenia koncentratu krwinek płytkowych (KKP),
- koszt hospitalizacji,
- koszt dodatkowych wizyt ambulatoryjnych.

W analizie nie uwzględniono leczenia preparatem Cyclonamine z uwagi na fakt, że lek nie znajduje się na liście leków refundowanych (nie generuje kosztów dla płatnika) oraz został uwzględniony jedynie przez dwóch spośród ankietowanych lekarzy.

Przetoczenie koncentratu krwinek płytkowych

W celu wyznaczenia kosztu przetoczenia krwinek płytkowych wyznaczono średni koszt przypadający na jednostkę. Wykorzystano w tym celu wycenę punktową uzyskaną z *Katalogu Świadczeń Do Sumowania* (Zarządzenie Nr 72/2011/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 20 października 2011 r.[7]). Szczegółowe dane zestawiono w poniższej tabeli.

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

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

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

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

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

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

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

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



Dodatkowe wizyty ambulatoryjne związane z leczeniem epizodu trombocytopenii w stopniu 3/4 WHO

W kolejnym etapie wyznaczono koszt związany z dodatkowymi wizytami specjalistycznymi. Założono, że wizyty te mogą zostać rozliczone w ramach przyjęcia pacjenta w trybie ambulatoryjnym związanego z wykonaniem programu (wycenę punktową zaczerpnięto z Zarządzenia Nr 59/2011/DGL Prezesa NFZ z dnia 10 października 2011 r. [1]) lub jako specjalistyczne świadczenie ambulatoryjne (wycenę punktową zaczerpnięto z Zarządzenia Nr 81/2011/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 4 listopada 2011 r [9]). Koszt dodatkowych wizyt ambulatoryjnych obliczono jako iloczyn oszacowanych wartości punktowych związanych z wykonaniem wizyty ambulatoryjnej oraz ceny za punkt NFZ, którą wyznaczono oparciu o dane zaczerpnięte z Informatora o umowach NFZ [10] jako średnią ze wszystkich umów dotyczących wizyt ambulatoryjnych, obowiązujących w 2011 roku zawartych przez NFZ ze świadczeniodawcami, ważoną wysokością poszczególnych kontraktów. Wycenę jednostkową dodatkowych wizyt ambulatoryjnych wraz z wyceną punktu NFZ zamieszczono w poniższych tabelach. Obliczony koszt wizyt specjalistycznych przypadający na epizod trombocytopenii zamieszczono 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]

Hospitalizacje

Wyznaczono koszt hospitalizacji pacjentów związany z leczeniem epizodu neutropenii w 3/4 stopniu WHO. W tym celu wykorzystano dane z badania ankietowego, do których przypisano następnie koszty odpowiednich grup JGP (*Zarządzenie Nr 72/2011/DGL Prezesa NFZ z dnia 20 października 2011 [7]*), koszt hospitalizacji związanej z wykonywaniem programu (*Zarządzenie 59/2011/DGL Prezesa NFZ z dnia 10 października 2011 [1]*). Koszty jednostkowe uwzględnione w analizie zamieszczono w poniższych tabelach. Zgodnie z opinią eksperta niepowikłana neutropenia stopnia 3/4 nie jest wskazaniem do hospitalizacji ze względu na istniejące ryzyko infekcji wewnątrzszpitalnej. Hospitalizacja jest konieczna natomiast w przypadku wystąpienia gorączki lub innych powikłań wynikających z neutropenii. Rozważono więc dodatkowo wariant, w którym koszt hospitalizacji nie został uwzględniony w wyznaczeniu całkowitego kosztu epizodu neutropenii.

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

Dodatkowe wizyty ambulatoryjne związane z leczeniem epizodu neutropenii w stopniu 3/4 WHO

W kolejnym etapie wyznaczono koszt związany z dodatkowymi wizytami specjalistycznymi. Założono, że wizyty te mogą zostać rozliczone w ramach przyjęcia pacjenta w trybie ambulatoryjnym związanego z wykonaniem programu (wycenę punktową zaczerpnięto z Zarządzenia Nr 59/2011/DGL Prezesa NFZ z dnia 10 października 2011 r. [1]) lub jako specjalistyczne świadczenie ambulatoryjne (wycenę punktową zaczerpnięto z Zarządzenia Nr 81/2011/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 4 listopada 2011 r [9]). Koszt dodatkowych wizyt ambulatoryjnych obliczono jako iloczyn oszacowanych wartości punktowych związanych z wykonaniem wizyty ambulatoryjnej oraz ceny za punkt NFZ, którą wyznaczono oparciu o dane zaczerpnięte z Informatora o umowach NFZ [10] jako średnią ze wszystkich umów dotyczących wizyt ambulatoryjnych obowiązujących w 2011 roku zawartych przez NFZ ze świadczeniodawcami, ważoną wysokością poszczególnych kontraktów. Wycenę jednostkową dodatkowych wizyt ambulatoryjnych wraz z wyceną punktu NFZ zamieszczono w poniższych tabelach. Wysokość kosztu wizyt specjalistycznych przypadającego na epizod neutropenii w stopniu 3/4 WHO zamieszczono 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]	[REDACTED]	[REDACTED]

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

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

lekarzy dotyczą hospitalizacji związanej z leczeniem wysięku opłucnowego w stopniu 3/4 (odpowiedź równa 100%), co może nieznacznie zawyżać koszt leczenia tego działania niepożądanego. Koszty jednostkowe uwzględnione w analizie zamieszczono w poniższych tabelach.

[Redacted]

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

[Redacted]

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

[Redacted]

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

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Dodatkowe wizyty ambulatoryjne związane z leczeniem epizodu wysięku opłucnowego

W kolejnym etapie wyznaczono koszt związany z dodatkowymi wizytami specjalistycznymi. Założono, że wizyty te mogą zostać rozliczone w ramach *przyjęcia pacjenta w trybie ambulatoryjnym związanego z wykonaniem programu (wycenę punktową zaczerpnięto z Zarządzenia Nr 59/2011/DGL Prezesa NFZ z dnia 10 października 2011 r. [1])* lub jako *świadczenie specjalistyczne 1-go typu (wycenę punktową zaczerpnięto z Zarządzenia Nr 81/2011/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 4 listopada 2011 r [9])*. Cenę punktu NFZ dla wizyty specjalistycznej wyznaczono w oparciu o dane zaczerpnięte z Informatora o umowach NFZ [10] jako średnią ze wszystkich umów dotyczących wizyt ambulatoryjnych, obowiązujących w 2011 roku zawartych przez NFZ ze świadczeniodawcami, ważoną wysokością poszczególnych kontraktów. Wycenę jednostkową specjalistycznych świadczenia specjalistycznego 1-go typu wraz z wyceną punktu NFZ zamieszczono w poniższych tabelach.. Obliczone koszty wizyt specjalistycznych przypadające na epizod wysięku opłucnowego zamieszczono 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]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

Leki

W celu wyznaczenia kosztu poszczególnych leków zidentyfikowano preparaty podawane przez ankietowanych lekarzy. W przypadku niesprecyzowania przez lekarza konkretnego diuretyku przyjęto preparat najczęściej podawany przez pozostałych lekarzy (Furosemid w dawce 40 mg 1 x dziennie). Skalkulowano następnie średni koszt NFZ przypadający na jednostkową dawkę preparatu (tabletkę) oraz liczbę dawek przepisanych przez lekarza (w oparciu o badanie ankietowe). Zaniechano przy tym koszty podania leku (tabletki przyjmowane są przez pacjentów samodzielnie). Zaniechano również koszt podanego przez jednego z lekarzy Trialoridu z uwagi na brak sprecyzowania dawki i czasu podawania oraz Hydrochlorotiazydu z uwagi na brak dopłaty NFZ. Jednostkowe koszty preparatów, wyznaczone na podstawie Obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 29 grudnia 2011 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 stycznia 2012 r. [11] zamieszczone zostały w [REDACTED].

Cenę jednostkową przypadającą na tabletkę wyznaczono jako średnią dla poszczególnych opakowań. Wyznaczone ceny pojedynczej dawki preparatów zestawiono poniżej.

[REDACTED]

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

W oparciu o wyniki badania ankietowego wyznaczono liczbę podanych tabletek poszczególnych preparatów przypadającą na epizod obrzęku obwodowego w stopniu 3/4 WHO. W celu wyznaczenia średniego kosztu związanego z leczeniem uwzględniono również odsetek pacjentów wymagających tego rodzaju terapii. Częsta odpowiedź o braku konieczności leczenia farmakologicznego w przypadku wystąpienia obrzęku obwodowego w stopniu 3/4 oraz fakt, że objawy działania niepożądanego w stopniu 3/4 potencjalnie zagrażają życiu sugerują niepełne zrozumienie pytania przez ankietowanych lekarzy. Spowodowane jest to prawdopodobnie brakiem doświadczenia w leczeniu tych stopni ciężkości analizowanego działania niepożądanego. Zgodnie z opinią eksperta obrzęk obwodowy w stopniu 3/4 w przebiegu terapii PBSz praktycznie nie występuje. Z dużym prawdopodobieństwem podane odpowiedzi respondentów odnoszą się więc w większości do terapii obrzęku obwodowego w stopniu 1/2.

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

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

3.7. Transplantacje

W celu oszacowania średniego kosztu transplantacji komórek krwiotwórczych szpiku skompilowano dane z Narodowego Funduszu Zdrowia, dane z badania ankietowego oraz dane z Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego do Spraw Transplantacji (POLTRANSPLANT).

Oszacowano koszt i odsetki następujących rodzajów transplantacji:

- przeszczep od rodzeństwa identycznego w HLA,
- przeszczep od dawcy spokrewnionego nie będącego rodzeństwem identycznym w HLA,
- przeszczep od dawcy niespokrewnionego.

We wszystkich przypadkach uwzględniono koszt poszukiwania dawcy spokrewnionego. Świadczenie obejmujące badania zgodności tkankowej należy do *Katalogu zakresów świadczeń zdrowotnych kontraktowanych odrębnie (Zarządzenie Nr 67/2011/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 18 października 2011 [12])*. Wycenę powyższego świadczenia ustalono w oparciu o umowy podpisane z NFZ przez 14 świadczeniodawców w 2011 roku [10]. Szczegółowe dane zamieszczono w poniższych tabelach.

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

Oszacowano koszt przeszczepu komórek krwiotwórczych szpiku wraz z przygotowaniem dawcy. Wyszczególniono w tym celu dwie grupy JGP (*Zarządzenie Nr 72/2011/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 20 października 2011* [7]). Szczegółowe wartości zaprezentowano poniżej.

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

Oszacowano również koszt związany z wydatkiem Ministerstwa Zdrowia (MZ) (za pośrednictwem POLTRANSPLANTU) obejmującym poszukiwanie dawcy niespokrewnionego. Na podstawie dokumentu wydanego przez POLTRANSPLANT zatytułowanego „*Biuletyn 2011*” [13] koszt ten został oszacowany na 20 000 zł.

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

[REDACTED]
[REDACTED]

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

Korzystając z danych uzyskanych na podstawie badania ankietowego przeprowadzonego wśród 5 lekarzy transplantologów wyznaczono odsetki poszczególnych typów przeszczepów. W pierwszym kroku wyznaczono odsetek transplantacji od dawców spokrewnionych. Wykorzystano przy tym dane pochodzące od 4 lekarzy, którzy wykonywali transplantacje zarówno od dawców spokrewnionych jak i niespokrewnionych. Następnie wyznaczono odsetek przeszczepów od rodzeństwa identycznego w HLA wśród przeszczepów rodzinnych. W tym celu wykorzystano dane wszystkich lekarzy, wśród których została przeprowadzona ankieta. Szczegółowe rezultaty zamieszczono w [REDACTED] oraz [REDACTED].

[REDACTED]

[REDACTED]

Na podstawie rezultatów zamieszczonych w tabelach powyżej wyznaczono średnie odsetki przeszczepów danego rodzaju. Następnie, korzystając z obliczeń zaprezentowanych w poprzedniej

części rozdziału oszacowano średni koszt transplantacji komórek krwiotwórczych szpiku. Szczegółowe wartości z rozróżnieniem na średni koszt poniesiony wyłącznie przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz średni łączny koszt poniesiony przez NFZ wraz z Ministerstwem Zdrowia zamieszczono odpowiednio w [REDACTED] oraz [REDACTED].

[REDACTED]

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

[REDACTED]

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

4. BIBLIOGRAFIA

1. Zarządzenie Nr 59/2011/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie terapeutyczne programy zdrowotne. <http://www.nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=3&dzialnr=12&artnr=4622> (3.1.2012).
2. Sprycel - Charakterystyka Produktu Leczniczego. www.ema.europa.eu/docs/pl_PL/.../WC500056998.pdf.
3. Tasigna - Charakterystyka Produktu Leczniczego. www.ema.europa.eu/docs/pl_PL/.../WC500034394.pdf.
4. Glivec - Charakterystyka Produktu Leczniczego. www.ema.europa.eu/docs/pl_PL/.../WC500022207.pdf.
5. Saglio G, Kim DW, Issaragrisil S, et al. Nilotinib versus imatinib for newly diagnosed chronic myeloid leukemia. *N Engl J Med*. 2010; 362(24):2251-2259.
6. [REDACTED]
7. Zarządzenie Nr 72/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 20 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne. <http://www.nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=3&dzialnr=12&artnr=4642> (3.1.2012).
8. Zarządzenie Nr 85/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 listopada 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna. <http://www.nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=3&dzialnr=12&artnr=4688> (3.1.2012).
9. Zarządzenie Nr 81/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 listopada 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna. <http://www.nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=3&dzialnr=12&artnr=4669> (3.1.2012).
10. Informator o umowach. <http://www.nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=3&dzialnr=19&artnr=1483> (15.9.2010).
11. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 29 grudnia 2011 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 stycznia 2012 r. <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=q101&ms=&ml=pl&mi=&mx=0&mt=&my=0&ma=019077> (3.1.2012).
12. Zarządzenie Nr 67/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie. <http://www.nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=3&dzialnr=12&artnr=4632> (3.1.2012).
13. Zasady Doboru Niespokrewnionych Dawców Szpiku w 2010 roku. http://www.poltransplant.pl/Download/Dobor2010/2_Zasady_Doboru_Niespokrewnionych_Dawcow_Szpiku_w_2010_roku.doc (08.11.2010).

5. SPIS TABEL

[Redacted content]

The table is completely redacted with black bars. It appears to be a data table with at least three columns. The redaction covers all text and numbers within the table's structure.

[Redacted content]

[Redacted content]

ZAŁĄCZNIKI

