

# Analiza Ekonomiczna

## Jardiance<sup>®</sup> (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2

leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$

i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

## Wykonawca

---

Aestimo s.c. Marcin Kaczor, Rafał Wójcik  
ul. Krakowska 36/3  
31-062 Kraków  
Tel./fax. 12 430 08 73  
Tel. kom. [REDACTED]  
Internet: <http://www.aestimo.eu>  
E-mail: [biuro@aestimo.eu](mailto:biuro@aestimo.eu)

## Autorzy

---

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

## Konflikt interesów

---

Raport został wykonany na zlecenie i sfinansowany przez firmę Boehringer Ingelheim sp. z o.o.  
Autorzy nie zgłosili konfliktu interesów.

Wersja 1.0 – ostatnia aktualizacja dnia 7 sierpnia 2024 r.

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$   
i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

## Spis treści

Wykaz skrótów.....	7
Streszczenie .....	11
ANALIZA EKONOMICZNA .....	15
1 Cel analizy.....	16
2 Problem decyzyjny.....	16
2.1 Populacja .....	17
2.2 Oceniana interwencja .....	17
2.3 Komparator.....	18
2.4 Efekty zdrowotne.....	19
3 Aktualny sposób finansowania produktu leczniczego Jardiance® i wnioskowane warunki objęcia refundacją.....	20
4 Metodyka analizy ekonomicznej .....	25
4.1 Strategia analityczna.....	25
4.2 Technika analityczna.....	26
4.1 Perspektywa analizy.....	27
4.2 Horyzont czasowy .....	27
4.3 Dyskontowanie .....	28
5 Struktura modelu ekonomicznego .....	28
6 Parametry kliniczne modelu .....	32
6.1 Charakterystyka populacji docelowej .....	33
6.2 Skuteczność kliniczna.....	35
6.3 Umieralność z innych przyczyn .....	41
7 Użyteczności stanów zdrowia.....	42
7.1 Przegląd systematyczny użyteczności .....	43
7.1.1 Cel .....	43
7.1.2 Wyszukiwanie danych źródłowych .....	43
7.2 Użyteczności przyjęte w modelu.....	57
7.2.1 Użyteczności przyjęte w analizie podstawowej .....	57
7.2.2 Użyteczności przyjęte w analizie wrażliwości .....	59
8 Analiza kosztów .....	61

8.1	Koszty lekowe .....	62
8.1.1	Empagliflozyna (produkt leczniczy Jardiance®) .....	62
8.1.2	Inne leki przeciwcukrzycowe (STD).....	65
8.2	Koszty powikłań cukrzycy.....	66
9	Podsumowanie głównych założeń modelu.....	69
10	Zestawienie parametrów modelu.....	70
10.1	Analiza podstawowa.....	70
10.2	Deterministyczna analiza wrażliwości.....	75
10.3	Probabilistyczna analiza wrażliwości.....	80
11	Walidacja modelu.....	84
11.1	Walidacja wewnętrzna modelu .....	84
11.2	Walidacja konwergencji.....	85
11.3	Walidacja zewnętrzna.....	86
11.3.1	Ocena projekcji modelu ekonomicznego w porównaniu z wynikami badania <i>EMPA-REG OUTCOME</i> .....	86
11.3.2	Ocena projekcji modelu ekonomicznego w porównaniu z wynikami innych badań .....	87
12	Analiza podstawowa.....	92
12.1	Zestawienie oszacowań kosztów i wyników zdrowotnych .....	93
12.1.1	Zestawienie kosztów – analiza z uwzględnieniem RSS .....	93
12.1.2	Zestawienie kosztów – analiza bez uwzględnienia RSS .....	94
12.1.3	Zestawienie wyników zdrowotnych .....	94
12.2	Wyniki analizy kosztów-użyteczności (CUA) i kosztów-efektywności (CEA).....	99
12.2.1	Analiza z uwzględnieniem instrumentu dzielenia ryzyka (z RSS).....	99
12.2.2	Analiza bez uwzględnienia instrumentu dzielenia ryzyka (bez RSS) .....	102
12.3	Wyniki analizy progowej CUA .....	104
13	Wyniki deterministycznej analizy wrażliwości .....	105
13.1	Analiza z uwzględnieniem instrumentu dzielenia ryzyka (RSS).....	106
13.2	Analiza bez uwzględnienia instrumentu dzielenia ryzyka (bez RSS).....	114
14	Wyniki probabilistycznej analizy wrażliwości.....	122
14.1	Analiza z uwzględnieniem instrumentu dzielenia ryzyka (z RSS) .....	122
14.2	Analiza bez uwzględnienia instrumentu dzielenia ryzyka (bez RSS).....	127
15	Ograniczenia analizy .....	131

16	Dyskusja.....	132
17	Wnioski końcowe .....	135
18	Załączniki .....	136
18.1	Wkład autorów w opracowanie raportu.....	136
18.2	Przegląd systematyczny opublikowanych analiz ekonomicznych .....	136
18.2.1	Metodyka .....	137
18.2.1.1	Cel .....	137
18.2.1.2	Kryteria włączenia i wykluczenia analiz ekonomicznych .....	137
18.2.1.3	Wyszukiwanie danych źródłowych.....	137
18.2.2	Wyniki wyszukiwania badań ekonomicznych .....	139
18.2.3	Wyszukiwanie uzupełniające – zagraniczne agencje HTA .....	155
18.3	Definicje punktów końcowych związanych ze zdarzeniami klinicznymi w badaniu <i>EMPA-REG OUTCOME</i> .....	160
18.4	Źródła danych klinicznych w wyszukiwaniu uzupełniającym do przeglądu systematycznego analiz ekonomicznych (raporty HTA) .....	163
18.4.1	Źródła danych klinicznych, przedstawionej w raporcie HTA <i>NICE 2015</i> .....	163
18.4.2	Źródła danych klinicznych, przedstawione w raporcie HTA <i>PBAC 2014</i> .....	168
18.4.3	Źródła danych klinicznych, przedstawione w raporcie HTA <i>PBAC 2015</i> .....	170
18.5	Analiza statystyczna czasu do wystąpienia zdarzeń klinicznych .....	173
18.5.1	Zgon z przyczyn sercowo-naczyniowych .....	175
18.5.2	Zawał serca niezakończony zgonem.....	176
18.5.3	Udar mózgu niezakończony zgonem.....	177
18.5.4	Hospitalizacja z powodu niewydolności serca.....	179
18.5.5	Hospitalizacja z powodu niestabilnej dławicy piersiowej .....	180
18.5.6	Rewaskularyzacja mięśnia sercowego.....	181
18.5.7	Przemijający napad niedokrwienny mózgu (TIA).....	183
18.5.8	Uszkodzenie nerek .....	184
18.5.9	Rozwinięcie makroalbuminurii .....	185
18.5.10	Niewydolność nerek (konieczność rozpoczęcia terapii nerkozastępczej) .....	187
18.6	Współczynniki regresji parametrycznych modeli ryzyka zdarzeń klinicznych .....	189
18.7	Macierze kowariancji współczynników regresji w modelach czasu do wystąpienia zdarzeń klinicznych (PSA).....	192

---

18.8	Roczne wskaźniki cen towarów i usług konsumpcyjnych.....	200
18.9	Tablice trwania życia.....	200
	Spis Tabel.....	204
	Spis Wykresów.....	208
	Piśmiennictwo.....	211

## Wykaz skrótów

95% LCL	dolna granica 95% przedziału ufności (ang. <i>lower confidence limit</i> )
95% UCL	górną granicę 95% przedziału ufności (ang. <i>upper confidence limit</i> )
ACAR	Akarboza
ACEi	Inhibitory konwertazy angiotensyny, ACEi (z ang. <i>angiotensin-converting-enzyme inhibitors</i> )
AE	Analiza ekonomiczna
AIC	Kryterium informacyjne Akaike (z ang. <i>Akaike information criterion</i> )
AKL	Analiza Kliniczna
ALOG	Alogliptyna
AMI	Ostry zawał mięśnia sercowego (z ang. <i>acute myocardial infraction</i> )
AOTMiT	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
APD	Analiza Problemu Decyzyjnego
ARB	Antagoniści receptorów dla angiotensyny II
AW	Analiza wrażliwości
AWA	Analiza weryfikacyjna
b.d.	Brak danych
BIC	Bayesowskie kryterium informacyjne (z ang. <i>Bayesian information criterion</i> )
BMI	Wskaźnik masy ciała (z ang. <i>Body Mass Index</i> )
CABG	Pomostowanie aortalno-wieńcowe (z ang. <i>Coronary artery bypass grafting</i> )
CANA	Kanagliflozyna
CBA	Analiza kosztów i korzyści (z ang. <i>cost-benefit analysis</i> )
CEA	Analiza kosztów-efektywności (z ang. <i>cost-effectiveness analysis</i> )
CEAC	Krzywa akceptowalności kosztów-efektywności (z ang. <i>Cost Effectiveness Acceptability Curve</i> )
ChPL	Charakterystyka Produktu Leczniczego
CI	Przedział ufności (z ang. <i>Confidence Interval</i> )
CLAD	<i>Censored Least Absolute Deviations</i>
CMA	Analiza minimalizacji kosztów (z ang. <i>cost minimization analysis</i> )
CPI	Wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych (z ang. <i>Consumer Price Index</i> )
CUA	Analiza kosztów-użyteczności (z ang. <i>cost-utility analysis</i> )
CV	(zdarzenia) sercowo-naczyniowe (z ang. <i>Cardio-Vascular</i> )
CVD	Choroba sercowo-naczyniowa (z ang. <i>cardiovascular disease</i> )
CZN	Cena zbytu netto
DAPA	Dapagliflozyna
DDD	Dobowa dawka leku ustalona przez Światową Organizację Zdrowia

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq$ 7%  
 i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

DES	symulacja zdarzeń dyskretnych (z ang. <i>discrete event simulation</i> )
DGL	Departament Gospodarki Lekami
DPP-4i	inhibitor/y dipeptydylopeptydazy 4 (z ang. <i>dipeptidyl peptidase-4 inhibitors</i> )
eGFR	Szacunkowy współczynnik przesączania kłębuszkowego (z ang. <i>estimated Glomerular Filtration Rate</i> )
EMA	Europejska Agencja ds. Leków (z ang. <i>European Medicines Agency</i> )
EMPA	Empagliflozyna
EQ-5D	standaryzowany kwestionariusz oceny jakości życia związanej ze zdrowiem (z ang. <i>EuroQol – 5 Dimensions</i> )
ERG	<i>Evidence Review Group</i>
ESRD	Schyłkowa niewydolność nerek (z ang. <i>end-stage renal disease</i> )
FDA	Agencja ds. Żywności i Leków (z ang. <i>Food And Drug Administration</i> )
GLP-1	Glukagonopodobny peptyd-1 (z ang. <i>Glucagon-like peptide-1</i> )
GUS	Główny Urząd Statystyczny
HbA1c	Hemoglobina glikowana (zawartość wyrażona jako odsetek całkowitego stężenia hemoglobiny)
HF	Niewydolność serca (z ang. <i>heart failure</i> )
HR	Hazard względny (z ang. <i>Hazard Ratio</i> )
HRQoL	Jakość życia związana ze zdrowiem (z ang. <i>health-related quality of life</i> )
HTA	<i>Health Technology Assessment</i>
HUI	Health Utility Index
ICER	Inkrementalny wskaźnik kosztów-efektywności (z ang. <i>incremental cost-effectiveness ratio</i> )
ICUR	Inkrementalny współczynnik kosztów-użyteczności (z ang. <i>incremental cost-utility ratio</i> )
INS	Insulina
ITT	Analiza zgodna z zaplanowanym leczeniem (z ang. <i>intention-to-treat</i> )
JGP	Jednorodne Grupy Pacjentów
LINA	Linagliptyna
LIRA	Liraglutyd
LVEF	Frakcja wyrzutowa lewej komory (z ang. <i>Left Ventricular Ejection Fraction</i> )
LY	Przeżycie całkowite
LYG	Zyskane lata życia (z ang. <i>Life Years Gained</i> )
MCAD	Wielonaczyniowa choroba wieńcowa (z ang. <i>multivessel coronary artery disease</i> )
MDRD	Równanie MDRD (z ang. <i>Modification of Diet in Renal Disease study equation</i> )
MEPS	<i>Medical Expenditure Panel Survey</i>
MET	Metformina
MI	Zawał mięśnia sercowego (z ang. <i>myocardial infarction</i> )
MZ	Ministerstwo Zdrowia

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$   
 i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym



NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
NICE	<i>National Institute for Health and Care Excellence</i>
NIDDM	Cukrzyca insulinoniezależna (ang. <i>noninsulin-dependent diabetes mellitus</i> )
NMA	Metaanaliza sieciowa
NPH	Ludzka insulina średnio długo-działająca (z ang. <i>Neutral Protamine Hagedorn</i> )
NR	Nie raportowano (z ang. <i>not reported</i> )
NYHA	<i>New York Heart Association</i>
OLS	Regresja metodą najmniejszych kwadratów (z ang. <i>ordinary least-squares regression</i> )
OR	Iloraz szans (z ang. <i>Odds Ratio</i> )
PAD	Choroba tętnic obwodowych (z ang. <i>Peripheral Arterial Disease</i> )
PBAC	Pharmaceutical Benefits Advisory Committee
PBO	Placebo
PChN	Przewlekła choroba nerek
PCI	Przezskórna interwencja wieńcowa (z ang. <i>Percutaneous Coronary Intervention</i> )
PDD	Przepisana dzienna dawka (z ang. <i>prescribed daily dose</i> )
PDMAP	Project Data Management and Analysis Plan
per	Percentyl
PICO	Schemat określający kolejność analizy poszczególnych elementów badań: populacji, interwencji, punkty końcowe (z ang. <i>Population, Intervention, Comparator, Outcomes</i> )
PIO	Pioglitazon
PKB	Produkt Krajowy Brutto
PPAR- $\gamma$	receptory aktywowane przez proliferatory peroksysomów $\gamma$ (z ang. <i>Peroxisome Proliferator-Activated Receptors <math>\gamma</math></i> )
PPP	Perspektywa podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych
PPP+P	Perspektywa wspólna podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych i pacjentów
PS	Przegląd systematyczny
PSA	Probabilistyczna analiza wrażliwości (z ang. <i>Probabilistic Sensitivity Analysis</i> )
PTD	Polskie Towarzystwo Diabetologiczne
QALY	Lata życia skorygowane o jakość (z ang. <i>quality-adjusted life years</i> )
QWB-SA	<i>Quality of Well-Being Scale – Self Administered</i>
RCT	Badanie kliniczne z randomizacją i grupą kontrolną (z ang. <i>Randomized Controlled Trial</i> )
Rev	Rewaskularyzacja mięśnia sercowego (z ang. <i>revascularization</i> )
RF	Niewydolność nerek (z ang. <i>renal failure</i> )
RI	Uszkodzenie nerek (z ang. <i>renal injury</i> )
RR	Ryzyko względne (z ang. <i>relative risk</i> )

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$   
 i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

RRT	Leczenie nerkozastępcze
RSS	Instrument dzielenia ryzyka (z ang. <i>risk sharing scheme</i> )
SAXA	Saksagliptyna
SBP	Skurczowe ciśnienie krwi (z ang. <i>systolic blood pressure</i> )
SD	Odchylenie standardowe (z ang. <i>standard deviation</i> )
SE	Błąd standardowy (z ang. <i>standard error</i> )
SEMA	Semaglutyd
SGLT2i	Inhibitory kotransportera glukozy-sodowego 2 (z ang. <i>sodium-glucose transport proteins</i> ; „flozyny”)
SITA	Sitagliptyna
SMC	Scottish Medicines Consortium
STD	Standardowe leczenie cukrzycy (z ang. <i>Standard Treatment of Diabetes</i> )
SU	Pochodna sulfonilomocznika (z ang. <i>sulfonylurea</i> )
SVCAD	Jednonaczyniowa choroba wieńcowa (z ang. <i>single-vessel coronary artery disease</i> )
T2DM	Cukrzyca typu 2 (z ang. <i>Type 2 Diabetes Mellitus</i> )
TIA	Przemijający napad niedokrwienny (z ang. <i>Transient ischemic attack</i> )
TTO	Metoda handlowania czasem pomiaru użyteczności (z ang. <i>time trade-off</i> )
TZD	Tiazolidynedion/y
UA	Niestabilna dławica piersiowa (z ang. <i>unstable angina</i> )
UKPDS	<i>United Kingdom Prospective Diabetes Study</i>
VBA	Visual Basic for Applications
WHO	Światowa Organizacja Zdrowia (z ang. <i>World Health Organization</i> )
WTP	Wartość gotowości płatnika do zapłaty za dodatkową jednostkę efektu (ang. <i>willingness to pay</i> )

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$   
 i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

## Streszczenie

### Cel

Celem analizy ekonomicznej była ocena zasadności finansowania ze środków publicznych produktu leczniczego Jardiance® (empagliflozyna) w leczeniu dorosłych pacjentów z cukrzycą typu 2 stosujących co najmniej jeden lek hipoglikemizujący, z HbA1c  $\geq 7\%$  oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym.

Dokument stanowi załącznik do wniosku o objęcie refundacją i ustalenie urzędowej ceny zbytu produktu leczniczego Jardiance® w następujących prezentacjach:

- Jardiance tabletki powlekane 10 mg, 28 tabl. (EAN: 05909991138509)
- Jardiance tabletki powlekane 10 mg, 30 tabl. (EAN: 05909991138516)
- Jardiance tabletki powlekane 10 mg, 14 tabl. (EAN: 05909991138493)
- Jardiance tabletki powlekane 10 mg, 60 tabl. (EAN: 05909991138523)

w ramach wykazu leków dostępnych w aptece na receptę (z odpłatnością 30%, w ramach istniejącej grupy limitowej „251.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe – flozyny”).

Analiza została wykonana na zlecenie podmiotu odpowiedzialnego, firmy Boehringer Ingelheim sp. z o.o.

### Metodyka

Definicję populacji i dobór komparatorów oparto na analizie problemu decyzyjnego (APD *Jardiance 2024*), wykorzystując schemat PICO

(populacja, interwencja, komparatory, punkty końcowe).

Populację docelową (P) analizy stanowili dorośli chorzy na cukrzycę typu 2, stosujących co najmniej jeden lek przeciwcukrzycowy, z niewystarczająco kontrolowaną cukrzycą oraz z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym. Rozważana populacja jest w większości zgodna z populacją badania klinicznego III fazy *EMPA-REG OUTCOME*, stanowiącego główne źródło danych dotyczących oceny efektywności empagliflozyny we wnioskowanym wskazaniu.

Ocenianą interwencją (I) stanowi zastosowanie **empagliflozyny** (produkt leczniczy Jardiance®), jako terapii dodanej do standardowej terapii (farmakoterapii, procedur medycznych i technologii nielekowych) przeciwcukrzycowej.

Empagliflozyna stanowi terapię dodaną do aktualnego leczenia przeciwcukrzycowego, w związku z czym właściwym komparatorem (C) dla wnioskowanej interwencji w badaniach klinicznych jest **kontynuacja dotychczasowej, standardowej terapii przeciwcukrzycowej**.

Analizę ekonomiczną przeprowadzono preferowaną w warunkach polskich techniką **kosztów-użyteczności**. Główną miarę efektu zdrowotnego (O) stanowiły **lata życia skorygowane o jakość** (QALY, z ang. *Quality-Adjusted Life Years*). Kluczowe dane dotyczące skuteczności klinicznej, bezpieczeństwa oraz zużycia empagliflozyny, pochodziły z randomizowanego badania klinicznego III fazy *EMPA-REG OUTCOME* (główna publikacja *Zinman 2015*). W badaniu dokonano bezpośredniego (w formule *head-to-head*) porównania wnioskowanej interwencji oraz uwzględnionego w analizie komparatora, co pozwala na wiarygodne zestawienie ze sobą tych strategii leczenia.

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$  i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

Do obliczeń w analizie kosztów-użyteczności wykorzystano model farmakoekonomiczny przygotowany w arkuszu kalkulacyjnym Microsoft Excel, udostępniony przez Wnioskodawcę z przeznaczeniem do adaptacji do warunków polskich. Wykorzystany model ekonomiczny użyto we wcześniejszych wnioskach o objęcie refundacją produktu Jardiance we wskazaniu leczenia pacjentów stosujących leki hipoglikemizujące z niewystarczająco kontrolowaną cukrzycą typu 2 oraz udokumentowaną chorobą układu sercowo-naczyniowego (*AE Jardiance 2017, AE Jardiance 2022, AE Jardiance 2023*). Struktura i założenia modelu zostały pozytywnie zweryfikowane przez Agencję (*AWA Jardiance 2017, AWA Jardiance 2022, AWA Jardiance 2023*).

Model farmakoekonomiczny jest zaadaptowaną wersją modelu globalnego Wnioskodawcy skonstruowanego w programie Microsoft Office Excel, opartego na opartego na symulacji zdarzeń dyskretnych (DES, z ang. *discrete event simulation*). Symulacje przeprowadzono dla 5 000 indywidualnych pacjentów, których charakterystyki wyjściowe losowano z bazy profili pacjentów uczestniczących w badaniu *EMPA-REG OUTCOME*. Techniki te znajdują szczególne zastosowanie w modelowaniu przebiegu cukrzycy, gdyż dostępne badania długookresowe wskazują jednoznacznie na obecność istotnych czynników ryzyka powikłań cukrzycy i zgonu sercowo-naczyniowego na poziomie pojedynczego pacjenta (np. wiek, BMI, stężenie HbA1c, historia powikłań).

W modelu przyjęto **dożywotni horyzont czasowy**, zalecany przez polskie wytyczne HTA w przypadku technologii medycznych, których wyniki i koszty ujawniają się w ciągu całego życia chorego.

W modelu uwzględniono następujące punkty końcowe, wykorzystane w modelowaniu długookresowej efektywności porównywanych interwencji: zawał serca niezakończony zgonem; udar mózgu niezakończony zgonem; hospitalizacja z powodu niestabilnej dławicy piersiowej; hospitalizacja z powodu niewydolności serca; przemijający napad niedokrwienności mózgu; rewaskularyzacja mięśnia sercowego; zgon sercowo-naczyniowy; makroalbuminuria; uszkodzenie nerek; niewydolność nerek (rozpoczęcie terapii nerkozastępczej). Na podstawie danych indywidualnych pacjentów z badania *EMPA-REG OUTCOME* wyznaczono - metodami analizy przeżycia - wieloczynnikowe modele regresji, na podstawie których projektowano czas do wystąpienia poszczególnych zdarzeń w horyzoncie dalszego życia chorego.

Analizę kosztów przeprowadzono z **perspektywy podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych oraz perspektywy wspólnej płatnika oraz świadczeniobiorców**.

W analizie podstawowej uwzględniono koszty empagliflozyny oraz koszty leczenia powikłań cukrzycy. Koszty innych leków przeciwcukrzycowych, zaczerpnięte z aktualnego wykazu leków refundowanych dostępnych w aptece na receptę (*MZ 17/06/2024*) oraz z aptek internetowych, uwzględniano w wariantach analizy wrażliwości. Koszty powikłań cukrzycy oszacowano w oparciu o te same źródła, które wykorzystano w przeprowadzonych wcześniej analizach dla empagliflozyny (*AE Jardiance 2017, AE Jardiance 2022, AE Jardiance 2023*), z aktualizacją o CPI w kategorii „zdrowie” oraz z aktualizacją wycen grup JGP.

Ceny jednostkowe empagliflozyny (leku Jardiance®) przyjęto zgodnie z wnioskowanymi warunkami objęcia refundacją. Analizę

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$   
i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

przeprowadzono równolegle w wariantach: z uwzględnieniem proponowanego instrumentu dzielenia ryzyka (RSS) dla produktu Jardiance® oraz bez uwzględnienia RSS.

Ze względu na obecność produktu Jardiance w wykazie leków przysługujących bezpłatnie świadczeniobiorcom powyżej 65 roku życia (zał. D2 do MZ 17/06/2024), w analizie podstawowej z perspektywy płatnika publicznego założono pełną refundację empagliflozyny [REDACTED]

W analizie podstawowej uwzględniono roczną stopę dyskontowania na poziomie 5,0% dla kosztów oraz 3,5% dla wyników zdrowotnych.

Dla kluczowych parametrów modelu przeprowadzono deterministyczną oraz probabilistyczną analizę wrażliwości.

Celem walidacji wyników niniejszej analizy wykonano przegląd systematyczny badań ekonomicznych dotyczących stosowania empagliflozyny we wnioskowanym wskazaniu, a także przegląd zagranicznych raportów agencji HTA oceniających empagliflozynę jako terapię dodaną do STD w ramach leczenia cukrzycy.

Analizę wykonano zgodnie z aktualnymi polskimi wytycznymi Oceny Technologii Medycznych, przygotowanymi przez Zespół Ekspertów działający we współpracy z Agencją Oceny Technologii Medycznych (AOTMiT 2016) oraz Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 października 2023 r. (MZ 24/10/2023).

## Wyniki analizy kosztów-użyteczności

Dołączenie empagliflozyny do optymalnego leczenia cukrzycy typu 2 u chorych stosujących co najmniej jeden lek przeciwcukrzycowy, z niewystarczająco kontrolowaną cukrzycą oraz z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym, prowadzi do wzrostu uzyskiwanych lat życia skorygowanych o jakość o 0,79 QALY, z poziomu 6,48 QALY w przypadku stosowania wyłącznie STD do poziomu 7,28 QALY w dożywotnim horyzoncie życia jednego pacjenta.

Refundacja leku Jardiance® zwiększy przeciętny koszt leczenia jednego pacjenta o [REDACTED] z perspektywy wspólnej oraz o [REDACTED] z perspektywy płatnika publicznego, uwzględniając proponowany przez Wnioskodawcę instrument dzielenia ryzyka. W przypadku braku uwzględnienia RSS, wzrost wydatków wynosi odpowiednio 14,2 tys. zł z perspektywy wspólnej oraz 10,1 tys. zł z perspektywy płatnika publicznego.

Wartość wskaźnika ICUR przy **uwzględnieniu proponowanego RSS** oszacowano na [REDACTED] z perspektywy wspólnej oraz [REDACTED] z perspektywy płatnika publicznego. Przy **braku uwzględnienia RSS**, ICUR wyniósł odpowiednio **17 943 zł/QALY** z perspektywy wspólnej oraz **12 710 zł/QALY** z perspektywy płatnika publicznego.

Koszt uzyskania dodatkowego roku życia (LYG) wyniósł [REDACTED] (bez RSS: 9,6 tys. zł) z perspektywy płatnika publicznego i [REDACTED] (bez RSS: 13,6 tys. zł) z perspektywy wspólnej.

## Analiza wrażliwości

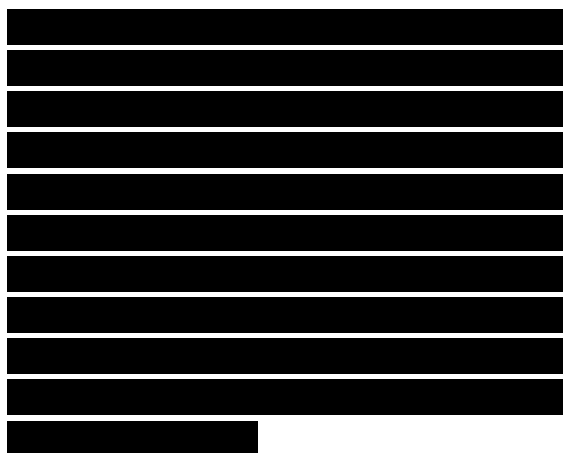
Przeprowadzono rozbudowaną analizę wrażliwości, na którą składały się analiza

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$  i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

deterministyczna (kierunkowa i scenariuszowa) oraz analiza probabilistyczna.

We wszystkich wariantach analizy wrażliwości lek Jardiance® wykazywał się wysoką kosztową efektywnością, zarówno w wariancie z uwzględnieniem RSS, jak i bez jego uwzględnienia.



W przeprowadzonej probabilistycznej analizie wrażliwości średni wskaźnik ICUR wyniósł [redacted] (PPP, z RSS) [redacted] (PPP+P, z RSS) i był nieznacznie wyższy od swojego deterministycznego odpowiednika. Prawdopodobieństwo, że dodanie produktu Jardiance® do standardowego leczenia przeciwcukrzycowego jest strategią kosztowo-efektywną przy gotowości do płacenia w wysokości trzykrotności Produktu Krajowego Brutto (PKB) na jednego mieszkańca (190 380 zł/QALY), wynosi [redacted].

## Wnioski końcowe

Przeprowadzona analiza ekonomiczna wykazała, że zastosowanie produktu leczniczego Jardiance® w terapii dodanej do standardowego leczenia przeciwcukrzycowego u pacjentów stosujących co najmniej jeden lek przeciwcukrzycowy, z niewystarczająco kontrolowaną cukrzycą oraz z bardzo wysokim ryzykiem

sercowo-naczyniowym, jest strategią wysoce efektywną kosztowo względem leczenia standardowego, niezależnie od przyjętej perspektywy kosztów i uwzględnienia instrumentu dzielenia ryzyka dla produktu Jardiance®.

Wartość wskaźnika ICUR w ramach analizy podstawowej oszacowano na [redacted] (bez RSS: 12,7 tys. zł/QALY) z perspektywy płatnika publicznego oraz na [redacted] (bez RSS: 17,9 tys. zł/QALY) z perspektywy wspólnej. We wszystkich wariantach wartość ICUR znajdowała się znacznie poniżej wartości ustawowego progu opłacalności kosztowej (190 380 zł/QALY).

Wyniki analizy wrażliwości jednoznacznie potwierdzają opłacalność empagliflozyny nawet przy najbardziej pesymistycznych scenariuszach skuteczności klinicznej. Należy podkreślić, że wyniki skuteczności klinicznej ocenianych interwencji opierają się na udowodnionym w ramach dużego badania RCT, istotnym klinicznie i statystycznie wpływie empagliflozyny na istotne klinicznie punkty końcowe (w szczególności zmniejszenie ryzyka zgonu sercowo-naczyniowego), co znacznie zwiększa wiarygodność projekcji modelu i wyników analizy ekonomicznej.

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$  i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

**ANALIZA**

**EKONOMICZNA**

**AE**

## 1 Cel analizy

Celem analizy była ocena zasadności ekonomicznej finansowania ze środków publicznych w warunkach polskich produktu leczniczego Jardiance® (empagliflozyna) w leczeniu dorosłych pacjentów z cukrzycą typu 2 stosujących co najmniej jeden lek hipoglikemizujący, z HbA1c  $\geq 7\%$  oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym.

Zapisy te wskazują, że wnioskowane jest rozszerzenie obecnej populacji refundacyjnej empagliflozyny o chorych z niewystarczająco kontrolowaną cukrzycą stosujących tylko jeden lek przeciwcukrzycowy lub z HbA1c w zakresie  $\geq 7\%$  do  $< 7,5\%$ . Stanowi to odpowiedź na niezaspokojone potrzeby części chorych z cukrzycą typu 2 i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym nieobjętych refundacją flozyn zgodnie ze wskazaniami rejestracyjnymi oraz zaleceniami polskich i zagranicznych gremiów naukowych (*APD Jardiance 2024*).

Analiza została wykonana na zlecenie podmiotu odpowiedzialnego, firmy Boehringer Ingelheim Sp. z o.o. w związku z planowanym złożeniem wniosku o objęcie refundacją i ustalenie urzędowej ceny zbytu produktu leczniczego Jardiance® w następujących prezentacjach:

- Jardiance tabletki powlekane 10 mg, 28 tabl. (EAN: 05909991138509)
- Jardiance tabletki powlekane 10 mg, 30 tabl. (EAN: 05909991138516)
- Jardiance tabletki powlekane 10 mg, 14 tabl. (EAN: 05909991138493)
- Jardiance tabletki powlekane 10 mg, 60 tabl. (EAN: 05909991138523)

w proponowanym wskazaniu, w ramach wykazu leków dostępnych w aptece na receptę (z odpłatnością 30%, w ramach istniejącej grupy limitowej „251.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - flozyny”).

## 2 Problem decyzyjny

W oparciu o wykonaną analizę problemu decyzyjnego (*APD Jardiance 2024*), w pierwszym etapie analizy ekonomicznej sprecyzowano kontekst kliniczny badanej technologii, posługując się schematem PICO:

- **Populacja**, w której dana interwencja ma być stosowana,
- **Interwencja**, rozważana do zastosowania,
- **Komparatory**, tzn. technologie opcjonalne obecnie dostępne dla pacjentów,

Jardiance® (empagliflozyna) | u pacjentów z cukrzycą typu 2  
leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$   
i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym



- **Efekty zdrowotne**, na których oparte będą rozważania ekonomiczne.

Kontekst kliniczny rozważany w analizach: ekonomicznej, wpływu na budżet oraz klinicznej jest zgodny z opisanym we wniosku o finansowanie produktu leczniczego Jardiance® ze środków publicznych.

## 2.1 Populacja

Populację docelową dla produktu leczniczego Jardiance® stanowią dorośli pacjenci chorzy na cukrzycę typu 2 (T2DM, z ang. *type 2 diabetes mellitus*) stosujący co najmniej jeden lek hipoglikemizujący, z HbA1c  $\geq 7\%$  oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub obecność 3 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej:

- wiek  $\geq 55$  lat dla mężczyzn,  $\geq 60$  lat dla kobiet,
- dyslipidemia,
- nadciśnienie tętnicze,
- palenie tytoniu,
- otyłość.

Szczegółową charakterystykę populacji przedstawiono w analizie problemu decyzyjnego (*APD Jardiance 2024*).

Charakterystyka populacji ujętej w niniejszej analizie jest zasadniczo zgodna z populacją ITT (z ang. *intent to treat*) badania rejestracyjnego *EMPA-REG OUTCOME* (publikacja główna: *Zinman 2015*), na wynikach którego oparto oszacowanie efektywności klinicznej wnioskowanej interwencji. Szczegółowy opis badania *EMPA-REG OUTCOME* znajduje się w analizie klinicznej (*AKL Jardiance 2024*).

## 2.2 Oceniana interwencja

Wnioskowaną interwencję stanowi zastosowanie leku Jardiance® (empagliflozyna), jako terapię dodaną do standardowej terapii (STD, z ang. *standard of care*). Interwencje stosowane w ramach STD omówiono szerzej w Rozdziale 2.3.

Empagliflozyna jest odwracalnym, silnym i selektywnym konkurencyjnym inhibitorem kotransportera sodowo-glukozowego 2 (SGLT2, z ang. *sodium-glucose cotransporter 2*). Empagliflozyna poprawia

Jardiance® (empagliflozyna) | u pacjentów z cukrzycą typu 2  
leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$   
i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

kontrolę glikemii u pacjentów z cukrzycą typu 2 przez zmniejszenie wchłaniania zwrotnego glukozy w nerkach. Ilość glukozy usuniętej przez nerki przez taki mechanizm wydalania z moczem zależy od stężenia glukozy we krwi oraz wartości GFR. Hamowanie SGLT2 u pacjentów z cukrzycą typu 2 i hiperglikemią powoduje wydalanie nadmiaru glukozy z moczem. Empagliflozyna poprawia kontrolę glikemii u pacjentów z cukrzycą typu 2 przez zmniejszenie wchłaniania zwrotnego glukozy w nerkach. Ilość glukozy usuniętej przez nerki przez taki mechanizm wydalania z moczem zależy od stężenia glukozy we krwi oraz wartości GFR. Hamowanie SGLT2 u pacjentów z cukrzycą typu 2 i hiperglikemią powoduje wydalanie nadmiaru glukozy z moczem (*ChPL Jardiance*).

Lek Jardiance® dostępny jest w postaci tabletek powlekanych, podawanych w sposób doustny o mocy 10 mg oraz 25 mg. Zalecana dawka początkowa w leczeniu pacjentów z cukrzycą typu 2 wynosi 10 mg raz na dobę w monoterapii oraz w terapii skojarzonej z innymi produktami leczniczymi stosowanymi w leczeniu cukrzycy.

### 2.3 Komparator

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia (*MZ 24/10/2023*) w ramach oceny technologii medycznych należy przedstawić w pierwszej kolejności porównanie z refundowaną technologią opcjonalną (komparatorem), czyli procedurą medyczną, finansowaną ze środków publicznych możliwą do zastosowania w danym stanie klinicznym, we wnioskowanym wskazaniu, dostępną na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie ze stanem faktycznym w dniu złożenia wniosku.

Podobnie wytyczne HTA definiują w pierwszej kolejności komparator jako tzw. istniejącą praktykę, czyli sposób postępowania, który w praktyce medycznej prawdopodobnie zostanie zastąpiony przez ocenianą technologię (*AOTMiT 2016*).

Empagliflozyna stanowi terapię dodaną do aktualnego leczenia przeciwcukrzycowego, w związku z czym za odpowiedni komparator dla wnioskowanej interwencji przyjęto **kontynuację dotychczasowej terapii przeciwcukrzycowej** (STD), ustalaną dla każdego pacjenta w sposób zindywidualizowany, obejmującą doustne leki przeciwcukrzycowe oraz insuliny stosowane w monoterapii lub skojarzeniu, w tym w szczególności leki refundowane w tej populacji, tj. metformina, pochodne sulfonilomocznika oraz insuliny i analogi insulin.

Na tej podstawie należy uznać, że badanie *EMPA-REG OUTCOME*, w którym komparatorem dla produktu Jardiance® było zastosowanie placebo wraz z dotychczasowym leczeniem przeciwcukrzycowym,

Jardiance® (empagliflozyna) u pacjentów z cukrzycą typu 2 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$  i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

stanowi najbardziej odpowiednie źródło danych dotyczących porównania skuteczności interwencji i komparatora w modelu ekonomicznym.

Jako że obecne wskazania refundacyjne innych inhibitorów SGLT2 (dapagliflozyna, kanagliflozyna) w zakresie leczenia T2DM są takie same jak produktu Jardiance (Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c  $\geq 7,5\%$  oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym), flozyny – jako terapie nierefundowane w nowych wskazaniach refundacyjnych dla produktu Jardiance (tj. chorzy z HbA1c  $\geq 7,0\%$  stosujący 1 lek hipoglikemizujący oraz chorzy z HbA1c w zakresie od  $\geq 7,0\%$  do  $< 7,5\%$  stosujący  $\geq 2$  leki hipoglikemizujące) – nie uwzględniono jako komparator dla empagliflozyny w analizie ekonomicznej.

Szczegóły dotyczące aktualnych wytycznych klinicznych odnośnie leczenia cukrzycy oraz rozważań dotyczących procesu doboru komparatora znajdują się w analizie problemu decyzyjnego (*APD Jardiance 2024*).

## 2.4 Efekty zdrowotne

W modelu uwzględniono następujące punkty końcowe, wykorzystane w modelowaniu długookresowej efektywności porównywanych interwencji:

- Zawał serca (MI, z ang. *myocardial infarction*) niezakończony zgonem;
- Udar mózgu niezakończony zgonem;
- Hospitalizacja z powodu niestabilnej dławicy piersiowej (UA, z ang. *unstable angina*);
- Hospitalizacja z powodu niewydolności serca (HF, z ang. *heart failure*);
- Przemijający napad niedokrwienny mózgu (TIA, z ang. *transient ischemic attack*);
- Rewaskularyzacja mięśnia sercowego;
- Zgon sercowo-naczyniowy;
- Progresja do makroalbuminurii;
- Uszkodzenie nerek;
- Niewydolność nerek (rozpoczęcie terapii nerkozastępczej).

Uwzględnione w modelu zdarzenia oparto na punktach końcowych rozważanych w badaniu *EMPA-REG OUTCOME*.

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$   
i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

Badanie kliniczne dla rozważanej interwencji, wykorzystane jako źródło oszacowań parametrów skuteczności w modelu (*EMPA-REG OUTCOME*), dostarczało danych dotyczących istotnych klinicznie (twardych) punktów końcowych, m. in. częstości występowania odległych powikłań cukrzycy i śmiertelności związanej z powikłaniami. Efektywność porównywanych strategii leczenia w horyzoncie długookresowym modelowano poprzez ekstrapolację wyników klinicznych z okresu obserwacji w badaniu klinicznym na horyzont dożywotni, bez konieczności – standardowego w przypadku modelowania skuteczności leczenia przeciwcukrzycowego – posługiwania się równaniami ryzyka opartymi na surogatach (np. poziom HbA1c, ciśnienie tętnicze).

Dla każdego schematu leczenia obliczono zyskane lata życia skorygowane o jakość (QALY, ang. *Quality Adjusted Life Years*) oraz zyskane lata życia (LYG, ang. *Life Years Gained*), miary efektu zdrowotnego rekomendowane przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w ocenie technologii medycznych (*AOTMiT 2016*) oraz odpowiadające minimalnym wymaganiom, jakie muszą spełniać analizy uwzględnione we wnioskach o objęcie refundacją, określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 24 października 2023 r. (*MZ 24/10/2023*).

### 3 Aktualny sposób finansowania produktu leczniczego Jardiance® i wnioskowane warunki objęcia refundacją

Produkt leczniczy Jardiance (prezentacja 28 tabl. powł. po 10 mg) jest obecnie refundowany ze środków płatnika publicznego w ramach wykazu leków refundowanych dostępnych w aptece (załącznik A1 do *MZ 17/06/2024*) z odpłatnością 30%. Zakres obecnych wskazań objętych refundacją to:

- Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c  $\geq 7,5\%$  oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1) potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2) uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3) obecność 3 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród następujących: -wiek  $\geq 55$  lat dla mężczyzn,  $\geq 60$  lat dla kobiet, -dyslipidemia, -nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu, -otyłość,
- Przewlekła niewydolność serca u dorosłych pacjentów z LVEF  $\leq 50\%$  oraz utrzymującymi się objawami choroby w klasie II-IV NYHA: -pomimo zastosowania terapii opartej na ACEi (lub ARB/ARNi) i lekach z grupy betaadrenolityków oraz jeśli wskazane antagonistach receptora mineralokortykoidów (z frakcją wyrzutową z LVEF  $\leq 40\%$ ) lub - pomimo zastosowania terapii

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$   
i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

opartej na ACEi (lub ARB/ARNi) i lekach z grupy betaadrenolityków oraz jeśli wskazane diuretykach (z frakcją wyrzutową z LVEF 41-50%);

- Przewlekła choroba nerek u dorosłych pacjentów z eGFR <60 ml/min/1.73m<sup>2</sup>, albuminurią lub białkomoczem oraz leczonych terapią opartą na ACE-i/ARB nie krócej niż 4 tygodnie lub z przeciwwskazaniami do tych terapii.

Produkt leczniczy Jardiance, tabl. powł., 10 mg, 28 szt. umieszczony jest w grupie limitowej „251.0, Dostępne leki przeciwcukrzycowe – flozyny”, w której oprócz empagliflozyny refundowane są również kanagliflozyna (lek Invokana<sup>®</sup>) oraz dapagliflozyna (lek Forxiga<sup>®</sup>). Podstawę limitu w grupie wyznacza obecnie cena hurtowa produktu Forxiga<sup>®</sup>.

Obecne warunki finansowe refundacji leku Jardiance<sup>®</sup> podsumowuje poniższa tabela.

Tabela 1. Obecne warunki finansowe refundacji leku Jardiance<sup>®</sup> (MZ 17/06/2024).

Prezentacja	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Limit finansowania <sup>1)</sup>	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty pacjenta
Jardiance <sup>®</sup> , 28 tabl. a 10 mg	136,10 zł	146,99 zł	144,27 zł	155,81 zł	171,86 zł	149,41 zł	30%	67,27 zł

1) Podstawę grupy limitowej stanowi produkt leczniczy Forxiga<sup>®</sup>, 30 tabl. a 10 mg.

Produkt leczniczy Jardiance<sup>®</sup> (jak również inne refundowane inhibitory SGLT2 – Forxiga<sup>®</sup> i Invokana<sup>®</sup>), są ponadto umieszczone w wykazie leków przysługujących bezpłatnie świadczeniobiorcom powyżej 65 roku życia (zał. D2 do MZ 17/06/2024).

Wnioskowane jest objęcie refundacją produktu Jardiance<sup>®</sup> w następujących prezentacjach:

- Jardiance, tabl. powł., 10 mg, 28 szt. (produkt obecnie znajdujący się w wykazie leków refundowanych),
- Jardiance, tabl. powł., 10 mg, 30 szt. (nowa prezentacja leku),
- Jardiance, tabl. powł., 10 mg, 14 szt. (nowa prezentacja leku),
- Jardiance, tabl. powł., 10 mg, 60 szt. (nowa prezentacja leku),

w rozszerzonym zakresie wskazań: „Cukrzyca typu 2, u pacjentów stosujących co najmniej jeden lek przeciwcukrzycowy, z niewystarczająco kontrolowaną cukrzycą (HbA1c ≥7%) oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1. potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2. uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub

Jardiance<sup>®</sup> (empagliflozyna) | u pacjentów z cukrzycą typu 2  
leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c ≥7%  
i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

retinopatię, lub 3. obecność 3 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: wiek  $\geq 55$  lat dla mężczyzn i  $\geq 60$  lat dla kobiet, dyslipidemia, nadciśnienie tętnicze, palenie tytoniu, otyłość.”

Proponowane wskazanie stanowi zatem wprowadzenie trzech dodatkowych prezentacji produktu Jardiance na wykaz leków refundowanych oraz rozszerzenie aktualnego wskazania refundacyjnego flozyn o pacjentów z cukrzycą typu 2 z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym i niekontrolowaną cukrzycą:

- stosujących 1 lek przeciwcukrzycowy lub
- stosujących  $\geq 2$  leki przeciwcukrzycowe, z HbA1c w zakresie od  $\geq 7$  do  $< 7,5$ .

Ze względu na fakt, że wykaz D2 leków przysługujących bezpłatnie świadczeniobiorcom powyżej 65 roku życia dotyczy wszystkich wskazań refundowanych w ramach wykazu aptecznego (zał. A1 do MZ 17/06/2024), zakłada się, że w sytuacji objęcia refundacją wnioskowanej technologii (oraz pozostałych inhibitorów SGLT2) w dodatkowych wskazaniach, leki te będą bezpłatne dla osób 65+ w całym zakresie wskazań refundacyjnych, włącznie z nowymi rozszerzonymi wskazaniami oraz nowymi prezentacjami produktu Jardiance.

Proponowane w dokumentacji refundacyjnej ceny zbytu netto za opakowania jednostkowe wnioskowanych prezentacji produktu Jardiance wynoszą:

[REDACTED]

Wnioskowane warunki objęcia refundacją preparatu Jardiance® obejmują również instrument dzielenia ryzyka (RSS, z ang. *Risk Sharing Scheme*), dotyczący [REDACTED]

[REDACTED]

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$   
i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym



Wnioskowane warunki refundacji leku Jardiance® podsumowuje poniższa tabela.

Tabela 2. Podsumowanie wnioskowanych warunków refundacji leku Jardiance®.

Warunek refundacji	Prezentacja produktu leczniczego Jardiance			
Substancja czynna	Empagliflozyna	Empagliflozyna	Empagliflozyna	Empagliflozyna
Dawka	10 mg	10 mg	10 mg	10 mg
Postać farmaceutyczna	Tabletki powlekane	Tabletki powlekane	Tabletki powlekane	Tabletki powlekane
Zawartość opakowania jednostkowego	28 tabletek powlekanych a 10 mg	30 tabletek powlekanych a 10 mg	14 tabletek powlekanych a 10 mg	60 tabletek powlekanych a 10 mg
Kategoria dostępności refundacyjnej	W ramach wykazu leków refundowanych, dostępnych w aptece na receptę			
Cena zbytu netto <sup>1)</sup>	████	████	████	████
Urzędowa cena zbytu <sup>2)</sup>	████	████	████	████
Cena hurtowa <sup>3)</sup>	████	████	████	████
Cena hurtowa brutto <sup>4)</sup>	████	████	████	████
Cena detaliczna <sup>5)</sup>	████	████	████	████

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$  i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

Warunek refundacji	Prezentacja profektu leczniczego Jardiance			
Grupa limitowa	Obecnie istniejąca grupa limitowa „251.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe – flozyny”			
Podstawa limitu	■	■	■	■
PDD <sup>6)</sup>	10 mg	10 mg	10 mg	10 mg
Liczba PDD w opakowaniu	28	30	14	60
Cena hurtowa brutto / PDD	■	■	■	■
Wysokość limitu finansowania <sup>7)</sup>	■	■	■	■
Poziom odpłatności	30%	30%	30%	30%
Dopłata świadczeniobiorcy (pacjenta)	■	■	■	■
Koszt dziennej terapii <sup>8)</sup>	■	■	■	■
Instrument dzielenia ryzyka (RSS)	■	■	■	■

1) Wnioskowana cena zbytu netto;

2) Wnioskowana cena zbytu netto powiększona o podatek VAT;

3) Wnioskowana cena zbytu netto powiększona o marżę hurtową (6% od ceny zbytu netto, min. 0,50 zł i max, 150 zł);

4) Cena hurtowa powiększona o podatek VAT;

5) Cena hurtowa brutto powiększona o marżę detaliczną obliczoną zgodnie z zapisami *Ustawa 2023*, obowiązującą w zakładanej dacie objęcia refundacją (2025 r.);

6) W oparciu o *ChPL Jardiance*;

7)

8) Według ceny zbytu netto.

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$   
i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym



## 4 Metodyka analizy ekonomicznej

### 4.1 Strategia analityczna

Niniejszą analizę ekonomiczną poprzedziło przeprowadzenie:

- Analizy problemu decyzyjnego, w ramach której zdefiniowany został problem zdrowotny (zgodnie ze schematem PICO: populacja, interwencja; komparatory, wyniki zdrowotne) dla wnioskowanej technologii medycznej (*APD Jardiance 2024*),
- Analizy klinicznej, w ramach której wykonano ocenę skuteczności i bezpieczeństwa stosowania empagliflozyny jako terapii dołączonej do optymalnego leczenia T2DM (*AKL Jardiance 2024*).

Do oszacowań ekonomicznych wykorzystano udostępniony przez Wnioskodawcę model globalny, który został zaadaptowany do warunków polskich przez autorów analizy. Model sporządzony jest w skoroszybie Microsoft Excel 2019 z wykorzystaniem języka programowania VBA i stanowi załącznik do niniejszej analizy.

Adaptację modelu do warunków polskich przeprowadzono poprzez wprowadzenie specyficznych dla Polski danych dotyczących kosztów jednostkowych i zużycia zasobów oraz innych wartości (np. stopy dyskontowania), a także przygotowanie prezentacji wyników oraz analizy progowej, zgodnie z wymaganiami dla analiz HTA w Polsce. Ponadto założenia modelu dotyczące skuteczności klinicznej i użyteczności stanów zdrowia zweryfikowano w oparciu o wyniki dwóch przeglądów systematycznych, przeprowadzonych *de novo* przez autorów niniejszego raportu: przeglądu dotyczącego oceny skuteczności klinicznej oraz bezpieczeństwa empagliflozyny (*AKL Jardiance 2024*) oraz przeglądu użyteczności stanów zdrowia (zob. Rozdział 7.1).

Dla kluczowych parametrów modelu kosztów-użyteczności przeprowadzono deterministyczną analizę wrażliwości. Celem łącznej oceny niepewności wyników wykonano również probabilistyczną analizę wrażliwości. Szczegółowy opis przyjętych założeń, struktury modelu i jego parametrów zamieszczono w kolejnych rozdziałach raportu.

Po adaptacji model oraz analiza ekonomiczna spełniają polskie wytyczne przeprowadzania analiz HTA:

- Wytyczne Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (*AOTMiT 2016*),
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 października 2023 r. w sprawie minimalnych wymagań, jakie muszą spełniać analizy zawarte w uzasadnieniu wniosku o objęcie refundacją

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$   
i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

i ustalenie urzędowej ceny zbytu, technologii lekowej o wysokiej wartości klinicznej, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego (MZ 24/10/2023).

Wykorzystany model ekonomiczny użyto we wcześniejszych wnioskach o objęcie refundacją produktu Jardiance we wskazaniu leczenia pacjentów stosujących leki hipoglikemizujące, z niewystarczająco kontrolowaną cukrzycą typu 2 oraz udokumentowaną chorobą układu sercowo-naczyniowego (AE Jardiance 2017, AE Jardiance 2022, AE Jardiance 2023). Struktura i założenia modelu zostały pozytywnie zweryfikowane przez Agencję (AWA Jardiance 2017, AWA Jardiance 2022, AWA Jardiance 2023).

## 4.2 Technika analityczna

Zgodnie z wymaganiami minimalnymi (MZ 24/10/2023) oraz polskimi wytycznymi HTA (AOTMiT 2016), analizę ekonomiczną dla wnioskowanej populacji przeprowadzono w formie **analizy kosztów-użyteczności**. Analiza podstawowa zawiera zestawienie oszacowań kosztów i wyników zdrowotnych wynikających z zastosowania wnioskowanej interwencji (empagliflozyna + STD) oraz technologii opcjonalnych (wyłącznie STD), z wyszczególnieniem:

- Oszacowania kosztów stosowania każdej z technologii,
- Oszacowania wyników zdrowotnych każdej z technologii,
- Oszacowania kosztu uzyskania dodatkowego roku życia skorygowanego o jakość (QALY, z ang. *quality-adjusted life years*), wynikającego z zastąpienia technologii opcjonalnej wnioskowaną technologią.

Koszty oraz wyniki zdrowotne stosowania każdej z technologii oszacowano w oparciu o modelowanie przebiegu leczenia u jednego uśrednionego chorego, w odpowiednim (dożywotnym) horyzoncie czasowym.

Analizę ekonomiczną przeprowadzono w preferowanej przez AOTMiT formie analizy użyteczności kosztów, która pozwala na oszacowanie relacji kosztów ponoszonych przez płatnika do osiągniętych korzyści klinicznych wśród pacjentów, wyrażonych w uniwersalnej, niespecyficznej dla choroby jednostce efektu (QALY).

Równoległe przeprowadzono analizę kosztów-efektywności dla zyskanych lat życia (LYG), obliczając inkrementalny współczynnik kosztów-efektywności (ICER), tj. koszt uzyskania dodatkowego roku życia w wyniku zastąpienia komparatora przez ocenianą interwencję.

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$   
i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

Zgodnie z wymaganiami minimalnymi, przeprowadzono również analizę progową, w ramach której obliczono ceny zbytu netto opakowań produktu leczniczego Jardiance®, dla których koszt uzyskania dodatkowego QALY jest równy ustawowej wysokości progu opłacalności technologii medycznych w Polsce. Zgodnie z ustalonym dla Polski progiem kosztowej efektywności dla technologii, strategię uznaje się za kosztowo-efektywną w przypadku, gdy koszt uzyskania dodatkowego QALY nie przekracza trzykrotności Produktu Krajowego Brutto (PKB) na jednego mieszkańca (art. 12 pkt 13 i art. 19 ust. 2 pkt 7; *Ustawa 2023*). Aktualnie obowiązująca wysokość progu kosztu uzyskania dodatkowego roku życia skorygowanego o jakość wynosi **190 380 zł**.

W ramach badania RCT III fazy *EMPA-REG OUTCOME* przeprowadzono bezpośrednie porównanie efektywności klinicznej empagliflozyny jako terapii dołączonej do STD oraz terapii wyłącznie STD (pacjentom podawano w ramieniu kontrolnym placebo w celu zaślepienia). Tym samym nie zachodzą okoliczności, o których mowa w art. 13 ust. 3 Ustawy o refundacji. W związku z tym, w analizie odstąpiono od przeprowadzenia kalkulacji i obliczeń, o których mowa w §5. ust. 6. pkt. 1-3 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie minimalnych wymagań (*MZ 24/10/2023*).

#### 4.1 Perspektywa analizy

Zgodnie z wymaganiami minimalnymi (*MZ 24/10/2023*) oraz polskimi wytycznymi HTA (*AOTMIT 2016*), w analizie przeprowadzono obliczenia z **perspektywy wspólnej podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych i pacjentów**, a także z **perspektywy wyłącznie podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych** (Narodowy Fundusz Zdrowia), uwzględniając koszty bezpośrednie związane z rozważanym problemem zdrowotnym.

Ze względu na brak wiarygodnych danych dotyczących kosztów pośrednich cukrzycy w warunkach polskich jak również wpływu poszczególnych interwencji na utratę produktywności, w analizie pominięto perspektywę społeczną. Biorąc pod uwagę zaawansowany, zbliżony do emerytalnego wiek wyjściowy modelowanej kohorty (63 lata) wydaje się, że koszty pośrednie nie stanowiłyby istotnych kosztów różniących, w związku z czym pominięcie perspektywy społecznej nie ogranicza wnioskowania z analizy.

#### 4.2 Horyzont czasowy

Cukrzyca typu 2 jest chorobą przewlekłą, wymagającą przez większość czasu jej trwania zaangażowania zasobów systemu ochrony zdrowia. W związku z tym w analizie podstawowej kosztów-użyteczności

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$   
i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

przyjęto **dożywotni horyzont czasowy**, zalecany przez polskie wytyczne HTA w przypadku technologii medycznych, których wyniki i koszty ujawniają się w ciągu całego życia chorego (AOTMiT 2016).

W analizie wrażliwości rozpatrywano także wariant uwzględniający pośredni horyzont czasowy 10 lat.

### 4.3 Dyskontowanie

W analizie podstawowej przyjęto rekomendowane przez polskie wytyczne dla analiz HTA (AOTMiT 2016) stopy dyskontowe na poziomie 5,0% rocznie dla kosztów i 3,5% dla wyników zdrowotnych.

W analizie wrażliwości testowano scenariusz bez uwzględnienia dyskontowania kosztów i wyników.

## 5 Struktura modelu ekonomicznego

Zastosowany model farmakoekonomiczny (zwany dalej modelem) jest zaadaptowaną wersją modelu globalnego Wnioskodawcy, skonstruowanego w programie Microsoft Office Excel, opartego na symulacji zdarzeń dyskretnych (DES, z ang. *discrete event simulation*).

W odróżnieniu od standardowych modeli wykorzystujących technikę symulacji kohortowej, modele symulacji indywidualnej (mikrosymulacji przeprowadzonej z poziomu pacjenta) uwzględniają wpływ różnic w charakterystyce poszczególnych pacjentów na wyniki zdrowotne i koszty leczenia. Techniki mikrosymulacji znajdują szczególne zastosowanie w modelowaniu przebiegu cukrzycy, gdyż dostępne badania długookresowe wskazują jednoznacznie na obecność istotnych czynników ryzyka powikłań cukrzycy i zgonu sercowo-naczyniowego na poziomie pojedynczego pacjenta (np. wiek, BMI, stężenie HbA1c, historia powikłań).

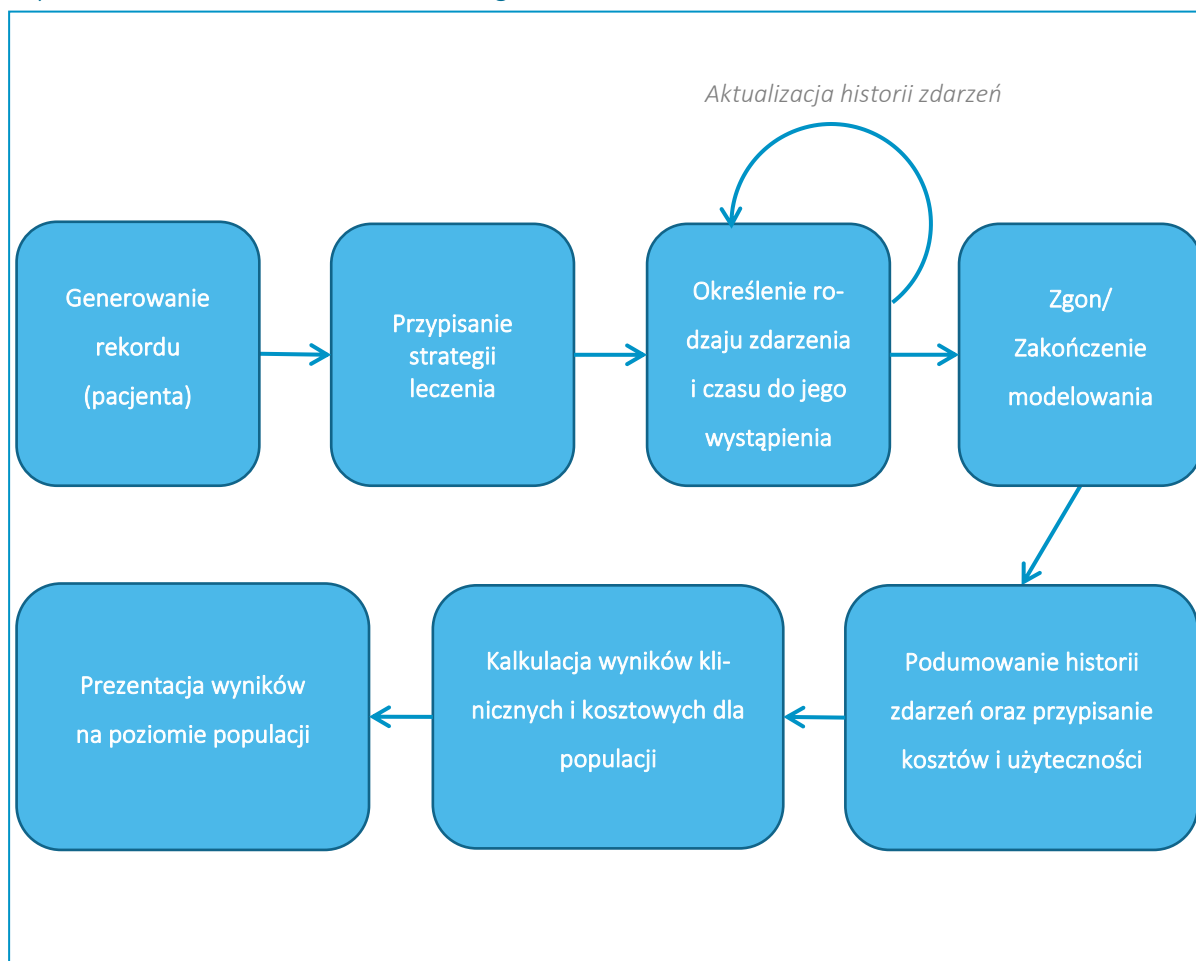
Wykorzystany model ekonomiczny empagliflozyny ma strukturę modelu symulacji zdarzeń dyskretnych, który charakteryzuje się następującymi właściwościami:

- w odróżnieniu od modeli Markowa nie występuje cykl o stałej długości, a czas pomiędzy kolejnymi zdarzeniami jest wyznaczany w sposób ciągły poprzez losowanie z rozkładów czasu do wystąpienia zdarzeń;
- stany zdrowotne modelu są określone przez kolejne zdarzenia (*events*), np. powikłania cukrzycy oraz zgon. Stany modelu nie wykluczają się wzajemnie, tj. chorzy mogą znajdować się jednocześnie w kilku stanach (np. przebyty zawał i przebyty udar mózgu);

- w modelu DES kolejne zdarzenia występują sekwencyjnie, a w odróżnieniu od klasycznego modelu Markowa z brakiem pamięci zachowywana jest historia wcześniejszych zdarzeń. Możliwość śledzenia indywidualnych charakterystyk pacjenta, w szczególności historii klinicznej chorego, ma bardzo istotne znaczenie w modelowaniu progresji cukrzycy, gdyż wiele parametrów z poziomu pacjenta stanowi czynniki ryzyka odległych powikłań (przykładowo, ryzyko zgonu sercowo-naczyniowego jest wyższe u chorych z historią makroangiopatii). W przypadku zastosowania modelu z brakiem pamięci, zróżnicowanie ryzyka zgonu ze względu na status makroangiopatii wymagałoby znaczącej, mało praktycznej rozbudowy modelu wskutek konieczności definiowania dodatkowych stanów;
- ze względu na specyfikę symulacji zdarzeń dyskretnych (brak określonej długości cyklu), modele DES nie wymagają korekty połowy cyklu.

Schemat modelu z wyszczególnieniem uwzględnionych stanów zdrowia przedstawia poniższy diagram.

Wykres 1. Schemat modelu ekonomicznego.



Model rozpoczyna się utworzeniem symulowanych profili pacjenta. Na każdy profil pacjenta składa się zestaw 16 parametrów ciągłych i dychotomicznych, określających wyjściową charakterystykę kliniczno-demograficzną chorego:

- Wiek pacjenta (zmienna ciągła),
- Płeć pacjenta (zmienna dychotomiczna: 1 – kobieta, 0 – mężczyzna),
- Indeks masy ciała pacjenta (zmienna dychotomiczna: 1 jeśli BMI  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> i 0 w przeciwnym przypadku),
- Historia powikłań sercowo-naczyniowych, kolejno: pomostowanie aortalno-wieńcowe (CABG), wielonaczyniowa choroba wieńcowa (MCAD), jednonaczyniowa choroba wieńcowa (SVCAD), choroba naczyń obwodowych (PAD) (zmienna dychotomiczna: 1 w przypadku obecności określonego powikłania i 0 w przeciwnym przypadku),
- Umiarkowane/ciężkie uszkodzenie nerek (zmienna dychotomiczna: 1 jeśli eGFR <60 ml/min i w przeciwnym przypadku),
- Łagodne uszkodzenie nerek (zmienna dychotomiczna: 1 jeśli eGFR równe 60-90 ml/min i 0 w przeciwnym przypadku),
- Region geograficzny, kolejno: Afryka, Azja, Europa, Ameryka Łacińska (zmienna dychotomiczna: 1 w przypadku zamieszkania pacjenta w określonym regionie i 0 w przeciwnym przypadku).

W poniższej tabeli przedstawiono przykładowy profil pacjenta z badania *EMPA-REG OUTCOME*: mężczyzny z Europy w wieku 64 lat, z indeksem masy ciała powyżej 30 kg/m<sup>2</sup>, stężeniem HbA1c  $\geq 8,5$ , z chorobą naczyń obwodowych (i bez historii innych zdarzeń sercowo-naczyniowych) oraz łagodnym uszkodzeniem nerek.

Tabela 3. Przykładowy profil początkowy pacjenta z kohorty badania *EMPA-REG OUTCOME*.

Parametr	Wartość parametru	Interpretacja wartości parametru
Wiek	64	wiek wyjściowy w latach
Płeć żeńska	0	0 – nie (mężczyzna), 1 – tak (kobieta)
BMI $\geq 30$	1	0 – nie (BMI <30), 1 – tak (BMI $\geq 30$ )
HbA1c $\geq 8,5$	1	0 – nie (HbA1c <8,5), 1 – tak (HbA1c $\geq 8,5$ )
BCV1 (historia udaru mózgu)	0	0 – nie (bez historii udaru mózgu), 1 – tak (z historią udaru mózgu)
BCV2 (historia zawału serca)	0	0 – nie (bez historii zawału), 1 – tak (z historią zawału)
BCV3 (CABG)	0	0 – nie (bez historii CABG), 1 – tak (z historią CABG)

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$  i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

Parametr	Wartość parametru	Interpretacja wartości parametru
BCV4 (MCAD)	0	0 – nie (brak MCAD), 1 – tak (obecność MCAD)
BCV5 (SVCAD)	0	0 – nie (brak SVCAD), 1 – tak (obecność SVCAD)
BCV 6(PAD)	1	0 – nie (brak PAD), 1 – tak (obecność PAD)
eGFR <60 (umiarkowane/ciężkie uszkodzenie nerek)	0	0 – nie (eGFR ≥60), 1 – tak (eGFR <60)
eGFR od 60 do 90 (łagodne uszkodzenie nerek)	1	0 – nie (eGFR <60 lub eGFR ≥90), 1 – tak (eGFR 60-90)
Region (Afryka)	0	0 – nie (pacjent spoza Afryki), 1 – tak (pacjent z Afryki)
Region (Azja)	0	0 – nie (pacjent spoza Azji), 1 – tak (pacjent z Azji)
Region (Europa)	1	0 – nie (pacjent spoza Europy), 1 – tak (pacjent z Europy)
Region (Ameryka Łacińska)	0	0 – nie (pacjent spoza Ameryki Łac.), 1 – tak (pacjent z Ameryki Łac.)

W bazie modelu wprowadzono profile wszystkich  $n=7020$  pacjentów uczestniczących w badaniu *EMPA-REG OUTCOME*. W zależności od wyboru modelowanej populacji, baza profilów jest odpowiednio filtrowana – przykładowo, w analizie dla subpopulacji chorych z historią zawału serca, wykorzystane są wyłącznie rekordy, dla których zmienna „BCV2 (historia zawału serca)” przyjmuje wartość 1. W analizie opartej na populacji ITT możliwe jest wylosowanie dowolnego pacjenta z bazy. W każdym powtórzeniu mikrosymulacji losowany jest profil jednego pacjenta (jeden rekord), który następnie – celem zapewnienia identycznej charakterystyki populacji w porównywanych grupach – jest klonowany i przyporządkowany dla obu strategii leczenia (empagliflozyny i leczenia standardowego). Następnie, dla każdego z 10 możliwych zdarzeń klinicznych (powikłań cukrzycy i zgonu) określany jest – poprzez losowanie z odpowiednich rozkładów parametrycznych – czas wystąpienia zdarzenia. Rozkłady czasu wystąpienia poszczególnych zdarzeń zostały dopasowane poprzez ekstrapolację wyników badania *EMPA-REG OUTCOME*, a ich szczegółowe omówienie przedstawiono w dalszej części raportu (zob. Rozdział 5). Pacjentowi zostaje przypisane to zdarzenie, którego czas do wystąpienia był najkrótszy spośród wszystkich możliwych zdarzeń. Obserwacja pacjenta w modelu przesuwa się następnie do momentu wystąpienia nowego zdarzenia, tj. wydłuża (względem poprzedniego kroku) o czas do przewidywanego wystąpienia tego epizodu. Jeśli obserwowane zdarzenie jest śmiertelne (lub – w przypadku założenia horyzontu innego niż dożywni – osiągnięto maksymalny horyzont analizy), dotychczas uzyskane u pacjenta koszty, wyniki kliniczne i efekty zdrowotne są zliczane i zapisywane, a model przenosi się do kolejnej próby mikrosymulacji (kolejnego losowanego rekordu/pacjenta). Jeśli natomiast zdarzenie nie jest śmiertelne, ryzyka przyszłych zdarzeń są aktualizowane zgodnie z dotychczasową historią kliniczną pacjenta, i w oparciu o zaktualizowane równania ryzyka generowany jest zestaw czasów do wystąpienia

**Jardiance® (empagliflozyna)** u pacjentów z cukrzycą typu 2 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$  i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

następnego epizodu. Analogicznie jak poprzednio, jako kolejne zdarzenie wybierane jest to z najkrótszym czasem do wystąpienia, a cały proces jest powtarzany do momentu zaobserwowania zdarzenia zakończonego zgonem (lub – w przypadku horyzontu innego niż dożywotni – osiągnięcia maksymalnego horyzontu analizy). W modelu założono, że u jednego pacjenta może wystąpić maksymalnie sześć zdarzeń niezakończonych zgonem – w takim przypadku, w siódmym kroku symulacji uwzględniane są wyłącznie zdarzenia terminalne: zgony sercowo-naczyniowe i zgony z innych przyczyn.

Po ukończeniu symulacji dla wszystkich pacjentów i obu ramion leczenia, koszty i wyniki zdrowotne są sumowane w obrębie każdej z grup oraz wykonywane są obliczenia inkrementalnej analizy kosztów-efektywności (kosztów-użyteczności).

Symulacje we wszystkich analizach (poza probabilistyczną analizą wrażliwości) przeprowadzono dla 5 000 pacjentów (rekordów), co stanowiło racjonalny kompromis między błędem losowym symulacji a czasem obliczeniowym. Szacowana liczba prób symulacji dla dożywotniego horyzontu analizy, przy której uzyskiwana jest zbieżność symulacji, wynosi około 2 500 pacjentów.

## 6 Parametry kliniczne modelu

Kluczowym źródłem danych klinicznych w modelu było randomizowane badanie *EMPA-REG OUTCOME*, na podstawie którego oszacowano długoletnie ryzyka powikłań cukrzycy dla porównywanych strategii leczenia oraz określono charakterystykę kliniczno-demograficzną populacji docelowej.

Zgodnie z wytycznymi HTA, użyteczności stanów zdrowotnych modelu określono w oparciu o przegląd systematyczny użyteczności (*AOTMiT 2016*).

Dane dotyczące umieralności ogólnej zaczerpnięto z publikacji Głównego Urzędu Statystycznego za rok 2022 (*GUS 2023*). Koszty powikłań cukrzycy oszacowano w oparciu o te same dane źródłowe, które wykorzystano w przeprowadzonej wcześniej analizie ekonomicznej dla empagliflozyny w leczeniu cukrzycy typu 2 (*AE Jardiance 2017*), z aktualizacją o wartości wskaźnika cen towarów i usług konsumpcyjnych (CPI, z ang. *consumer price index*) w kategorii „zdrowie” do roku 2023 oraz z aktualizacją wycen grup JGP. Definicje zdarzeń klinicznych, dla których oszacowano koszty, zamieszczono w Załączniku 18.2.

Koszty leczenia przeciwcukrzycowego, w analizie podstawowej ograniczone do kosztu ocenianej interwencji, obliczono w oparciu o cenę produktu Jardiance®, proponowaną przez Wnioskodawcę. Koszty innych leków przeciwcukrzycowych, uwzględnione w scenariuszach analizy wrażliwości, zaczerpnięto

Jardiance® (empagliflozyna) | u pacjentów z cukrzycą typu 2  
leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$   
i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym



z aktualnego Obwieszczenia Ministra Zdrowia oraz z raportów refundacyjnych DGL NFZ. Szczegółowe dane dostępne są w wersji elektronicznej modelu, dodanego jako załącznik do niniejszej analizy. W tabeli poniżej podsumowano grupy parametrów wykorzystanych w modelu oraz źródła danych.

Tabela 4. Źródła danych dla kluczowych parametrów modelu ekonomicznego.

Grupa parametrów modelu	Źródło danych
Charakterystyka populacji	Badanie <i>EMPA-REG OUTCOME</i> (główna publikacja: <i>Zinman 2015</i> ), zidentyfikowane w ramach przeglądu systematycznego (zob. <i>AKL Jardiance 2024</i> )
Czas do wystąpienia zdarzeń klinicznych (powikłania cukrzycy, umieralność z powodu powikłań)	Badanie <i>EMPA-REG OUTCOME</i> (główna publikacja: <i>Zinman 2015</i> ), zidentyfikowane w ramach przeglądu systematycznego (zob. <i>AKL Jardiance 2024</i> )
Umieralność z przyczyn niezwiązanych z cukrzycą	Trwanie życia w Polsce (publikacja GUS)
Koszty empagliflozyny	Informacja otrzymana od Wnioskodawcy
Koszty powikłań cukrzycy	Oszacowanie kosztów w analizie ekonomicznej dla empagliflozyny w leczeniu cukrzycy typu 2 ( <i>AE Jardiance 2017</i> ) zaktualizowane o CPI
Użyteczności stanów zdrowia	Na podstawie przeglądu systematycznego publikowanych badań (zob. Rozdział 7)
Dyskontowanie kosztów i wyników	Wytyczne <i>AOTMIT 2016</i>

Szczegółowe omówienie źródeł danych oraz metodyki oszacowania poszczególnych parametrów modelu przedstawiono w kolejnych podrozdziałach raportu.

## 6.1 Charakterystyka populacji docelowej

Jak wspomniano w Rozdziale 5, w modelu symulowano indywidualne profile pacjentów z badania *EMPA-REG OUTCOME*. W analizie podstawowej, opartej na populacji całkowitej badania (ITT), w każdej próbie symulacji losowano jeden profil (rekord) z bazy  $n = \blacksquare$  pacjentów. Losowanie przeprowadzono ze zwracaniem, co oznacza, że każdy profil pacjenta mógł być użyty wielokrotnie w ramach symulacji. W celu zbadania wpływu charakterystyki wyjściowej na wyniki analizy, w analizie wrażliwości testowano subpopulacje chorych po zawale serca, po udarze mózgu oraz kohortę pacjentów europejskich.

W poniższej tabeli przedstawiono charakterystykę kliniczno-demograficzną w populacji ITT badania *EMPA-REG OUTCOME* oraz charakterystykę  $n = 5\,000$  pacjentów symulowanych w modelu. Zgodnie z oczekiwaniem, charakterystyka modelowanych pacjentów nie odbiegała od badania RCT, a niewielkie różnice liczbowe są wyłącznie wynikiem błędu z próby losowej.

Jardiance® (empagliflozyna) | u pacjentów z cukrzycą typu 2  
 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$   
 i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

Tabela 5. [Redacted]

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

Indywidualne charakterystyki pacjentów wykorzystano w modelu przede wszystkim jako niezależne czynniki ryzyka wystąpienia zdarzeń klinicznych – powikłań cukrzycy i zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych, tj. zmienne niezależne równań ryzyka, w oparciu o które konstruowano rozkłady czasu do wystąpienia zdarzeń. Innymi słowy, rozkład czasu do wystąpienia zdarzeń klinicznych był obliczany dla każdego pacjenta na podstawie jego indywidualnego profilu czynników ryzyka. Przykładowo, w równaniu ryzyka niewydolności serca zmiennymi niezależnymi były między innymi zawał serca w wywiadzie

Jardiance® (empagliflozyna) u pacjentów z cukrzycą typu 2 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c ≥7% i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

i BMI  $\geq 30$ . W konsekwencji, przewidywany średni czas do wystąpienia HF różni się u chorych z historią i bez historii zawału, jak również u chorych z otyłością i BMI  $< 30$ .

## 6.2 Skuteczność kliniczna

Parametrami skuteczności porównywanych strategii leczenia w modelu były częstości zdarzeń klinicznych związanych z powikłaniami cukrzycy:

- Zawał serca niezakończony zgonem;
- Udar mózgu niezakończony zgonem;
- Hospitalizacja z powodu niestabilnej dławicy piersiowej;
- Hospitalizacja z powodu niewydolności serca;
- Przemijający napad niedokrwienny mózgu;
- Rewaskularyzacja mięśnia sercowego;
- Zgon sercowo-naczyniowy;
- Progresja do makroalbuminurii;
- Uszkodzenie nerek;
- Niewydolność nerek (rozpoczęcie terapii nerkozastępczej).

W modelu ekonomicznym nie uwzględniono niektórych bardzo rzadkich powikłań cukrzycy, takich jak utrata wzroku i amputacje. Częstość zdarzeń zaawansowanej mikroangiopatii była zbyt niska, aby możliwe było ich uchwycenie w badaniu *EMPA-REG OUTCOME*. W niezależnych badaniach wykazano, że ryzyko zdarzeń mikronaczyniowych można przewidzieć poprzez zmiany poziomu HbA1c. Biorąc pod uwagę wykazany w badaniu *EMPA-REG OUTCOME* korzystny wpływ empagliflozyny w zakresie kontroli glikemii, pominięcie rzadkich powikłań mikroangiopatii najprawdopodobniej stanowi podejście konserwatywne.

W celu określenia długookresowego przebiegu choroby (sekwencji kolejnych zdarzeń klinicznych) u każdego symulowanego pacjenta w modelu, konieczne było wyznaczenie rozkładów czasu do wystąpienia każdego z rozważanych zdarzeń klinicznych. Rozkłady te estymowano metodami parametrycznymi analizy przeżycia, w oparciu o indywidualne dane przeżycia pacjentów z badania *EMPA-REG OUTCOME*.

W pierwszej kolejności, dla każdego z punktów końcowych (10 zdarzeń klinicznych związanych z powikłaniami cukrzycy) zidentyfikowano typ rozkładu parametrycznego, który w najlepszym stopniu opisuje przebieg występowania danego zdarzenia w czasie. W analitycznym procesie dopasowania krzywych

Jardiance® (empagliflozyna) | u pacjentów z cukrzycą typu 2  
leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$   
i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

parametrycznych do danych z badania RCT testowano następujące typy rozkładów: Gompertza, Weibulla, log-logistyczny, logarytmiczno-normalny, wykładniczy i uogólniony rozkład gamma. Wybór najlepiej dopasowanych rozkładów dla poszczególnych zdarzeń opierał się zarówno na formalnej ocenie statystycznej jakości dopasowania modelu do danych obserwacyjnych (kryteria informacyjne: Akaike i bayesowskie), ocenie wizualnej krzywych jak i zasadności biologicznej i klinicznej długookresowych projekcji modelu. Zastosowane podejście do dopasowania krzywych, opisane pokrótce poniżej, a szerzej m. in. w *Ishak 2013*, jest zgodne z zalecaniami NICE odnośnie modelowania przeżycia w ocenie technologii medycznych (*NICE TSU TSD21*).

Wstępną ocenę dopasowania przeprowadzono na podstawie wykresów diagnostycznych związanych z każdym z uwzględnionych typów rozkładu (Gompertza, Weibulla, log-logistyczny, logarytmiczno-normalny, wykładniczy i uogólniony rozkład gamma). Przykładowo, liniowa zależność danych przeżycia ( $t, S(t)$ ) na wykresie przedstawionym na skali  $\log(t)$  vs  $\log(-\log(S(t)))$  wskazuje na zasadność zastosowania modelu Weibulla. Graficzna ocena miała na celu wstępny wybór potencjalnych modeli do uwzględnienia w kolejnych krokach dopasowania.

Parametry rozkładów estymowano z wykorzystaniem procedury LIFEREG w programie SAS oraz makra skonstruowanego na potrzeby dopasowania modelu Gompertza (który nie jest standardową opcją w SAS). Na tym etapie analizy, jako jedyną zmienną niezależną modelu uwzględniono rodzaj leczenia. Jakość dopasowania poszczególnych krzywych oceniano poprzez porównanie wartości kryteriów informacyjnych: Akaike (AIC) i bayesowskiego (BIC), przy czym niższe wartości AIC i BIC oznaczają lepszą jakość dopasowania do danych. Wizualnej oceny jakości dopasowania dokonano poprzez porównanie wykresów krzywych parametrycznych oraz krzywej empirycznej (estymatora Kaplana-Meiera).

Projekcje modelu powinny zapewniać zarówno akceptowalne dopasowanie do obserwowanych danych w horyzoncie badania, jak i racjonalną ekstrapolację wyników poza okresem obserwacji w badaniu. Ocena jakości dopasowania w horyzoncie badania jest przeprowadzana w oparciu o kryteria informacyjne i została opisana w poprzednim punkcie. Ocena jakości dopasowania krzywych poza horyzontem badań klinicznych z konieczności opiera się na zasadności klinicznej długookresowych projekcji (ekstrapolacji) i może być przeprowadzona np. poprzez ocenę kształtu krzywej w długim horyzoncie (ekstrapolacja krzywej) oraz wartości krzywej w wybranych punktach czasowych (np. 20-letnie odsetki przeżyć bez zdarzenia). Oszacowania, które stoją w sprzeczności z logiką oraz klinicznym rozumieniem ocenianego zjawiska, wskazują na niewłaściwe dopasowanie modelu.

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$   
i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

Szczegółowe omówienie procesu wyboru rozkładów czasu do wystąpienia zdarzeń klinicznych w modelu przedstawiono w załączniku (zob. Załącznik 18.5).

Po określeniu optymalnych rozkładów dla każdego z rozważanych punktów końcowych, w kolejnym kroku testowano wpływ potencjalnych czynników ryzyka (wyjściowych i zależnych od czasu) na czas występowanie poszczególnych zdarzeń. Przykładowo, w modelu czasu do wystąpienia niezakończonego zgonem zawału serca jako zmienne zależne od czasu analizowano obecność – w całym okresie obserwacji – innych zdarzeń sercowo-naczyniowych: niestabilnej dławicy piersiowej, niewydolności serca, TIA i rewaskularyzacji. Identyfikacja zmiennych istotnie powiązanych z czasem do wystąpienia zdarzeń posłużyła do skonstruowania wieloczynnikowych parametrycznych równań ryzyka. Ponieważ wszystkie modele wybrane do analizy podstawowej (wykładniczy, Weibulla, Gompertza) należą do klasy tzw. modeli proporcjonalnego hazardu, estymowane współczynniki regresji mogą być interpretowane jako logarytm hazardu względnego wystąpienia danego zdarzenia przy jednostkowym wzroście wartości zmiennej niezależnej. Przykładowo, wartość współczynnika regresji wynosząca 0,657 dla obecności niestabilnej dławicy piersiowej w modelu czasu do wystąpienia zawału serca niezakończonego zgonem oznacza, że hazard (ryzyko) MI nieprowadzącego do zgonu wzrasta  $HR = e^{0,657} = 1,93$  razy po wystąpieniu niestabilnej dławicy piersiowej.

Wieloczynnikowe, zależne od czasu parametryczne modele regresji (modele przeżycia proporcjonalnego hazardu) skonstruowano z wykorzystaniem pakietu statystycznego R. Proces doboru zmiennych wyjściowych oraz zależnych od czasu obejmował następujące kroki:

- Każdy potencjalny czynnik predykcyjny testowano w jednoczynnikowym modelu regresji celem oceny jego związku z punktem końcowym. Do kolejnego etapu zakwalifikowano zmienne istotnie związane z czasem przeżycia (przyjmując poziom istotności statystycznej  $p < 0,2$ ) oraz kilka kluczowych zmiennych stanowiących znane czynniki ryzyka zdarzeń sercowo-naczyniowych bez względu na istotność statystyczną efektu.
- Istotne zmienne połączono następnie w wieloczynnikowym modelu regresji, który następnie zredukowano usuwając zmienne nieistotne na poziomie  $p < 0,2$ . Ostateczny model zawiera jedynie zmienne istotnie związane z czasem przeżycia oraz inne ważne czynniki o znaczącym efekcie. W każdym z modeli zachowano także zmienną określającą rodzaj leczenia, co jest uzasadnione celem niniejszej analizy (porównawcza ocena empagliflozyny i standardowej terapii przeciwcukrzycowej).

Tabela 6. Zestawienie wyjściowych oraz zależnych od czasu czynników ryzyka wystąpienia poszczególnych zdarzeń klinicznych.

Punkt końcowy	Czynniki wyjściowe	Czynniki zależne od czasu
Zawał serca niezakończony zgonem	Wiek, płeć, wyjściowe BMI, wyjściowy poziom HbA1c, wyjściowy poziom eGFR, położenie geograficzne, jednoznaczniowa choroba niedokrwienna serca w wywiadzie, wielonaczyniowa choroba niedokrwienna serca (choroba wieńcowa) w wywiadzie, choroba tętnic obwodowych, przebyty udar mózgu niezakończony zgonem, przebyty zawał serca niezakończony zgonem pomostowanie aortalno-wieńcowe	Wystąpienie zdarzenia (tak/nie) podczas follow-up: udar mózgu niezakończony zgonem, niestabilna dławica piersiowa, niewydolność serca, przemijający napad niedokrwienny mózgu, rewaskularyzacja mięśnia sercowego, makroalbuminuria, uszkodzenie nerek
Udar mózgu niezakończony zgonem	Wiek, płeć, wyjściowe BMI, wyjściowy poziom HbA1c, wyjściowy poziom eGFR, położenie geograficzne, jednoznaczniowa choroba niedokrwienna serca w wywiadzie, wielonaczyniowa choroba niedokrwienna serca (choroba wieńcowa) w wywiadzie, choroba tętnic obwodowych, przebyty udar mózgu niezakończony zgonem, przebyty zawał serca niezakończony zgonem pomostowanie aortalno-wieńcowe	Wystąpienie zdarzenia (tak/nie) podczas follow-up: zawał serca niezakończony zgonem, niestabilna dławica piersiowa, niewydolność serca, przemijający napad niedokrwienny mózgu, rewaskularyzacja mięśnia sercowego, makroalbuminuria, uszkodzenie nerek
Hospitalizacja z powodu niestabilnej dławicy piersiowej	Wiek, płeć, wyjściowe BMI, wyjściowy poziom HbA1c, wyjściowy poziom eGFR, położenie geograficzne, jednoznaczniowa choroba niedokrwienna serca w wywiadzie, wielonaczyniowa choroba niedokrwienna serca (choroba wieńcowa) w wywiadzie, choroba tętnic obwodowych, przebyty udar mózgu niezakończony zgonem, przebyty zawał serca niezakończony zgonem pomostowanie aortalno-wieńcowe	Wystąpienie zdarzenia (tak/nie) podczas follow-up: udar mózgu niezakończony zgonem, zawał serca niezakończony zgonem, niewydolność serca, przemijający napad niedokrwienny mózgu, rewaskularyzacja mięśnia sercowego, makroalbuminuria, uszkodzenie nerek
Hospitalizacja z powodu niewydolności serca	Wiek, płeć, wyjściowe BMI, wyjściowy poziom HbA1c, wyjściowy poziom eGFR, położenie geograficzne, jednoznaczniowa choroba niedokrwienna serca w wywiadzie, wielonaczyniowa choroba niedokrwienna serca (choroba wieńcowa) w wywiadzie, choroba tętnic obwodowych, przebyty udar mózgu niezakończony zgonem, przebyty zawał serca niezakończony zgonem pomostowanie aortalno-wieńcowe	Wystąpienie zdarzenia (tak/nie) podczas follow-up: udar mózgu niezakończony zgonem, zawał serca niezakończony zgonem, przemijający napad niedokrwienny mózgu, niestabilna dławica piersiowa, rewaskularyzacja mięśnia sercowego, makroalbuminuria, uszkodzenie nerek
Przemijający napad niedokrwienny mózgu	Wiek, płeć, wyjściowe BMI, wyjściowy poziom HbA1c, wyjściowy poziom eGFR, położenie geograficzne, jednoznaczniowa choroba niedokrwienna serca w wywiadzie, wielonaczyniowa choroba niedokrwienna serca (choroba wieńcowa) w wywiadzie, choroba tętnic obwodowych, przebyty udar mózgu niezakończony zgonem, przebyty zawał serca niezakończony zgonem pomostowanie aortalno-wieńcowe	Wystąpienie zdarzenia (tak/nie) podczas follow-up: udar mózgu niezakończony zgonem, zawał serca niezakończony zgonem, niestabilna dławica piersiowa, niewydolność serca, rewaskularyzacja mięśnia sercowego, makroalbuminuria, uszkodzenie nerek
Rewaskularyzacja mięśnia sercowego	Wiek, płeć, wyjściowe BMI, wyjściowy poziom HbA1c, wyjściowy poziom eGFR, położenie geograficzne, jednoznaczniowa choroba niedokrwienna serca w wywiadzie, wielonaczyniowa choroba niedokrwienna serca (choroba wieńcowa) w wywiadzie, choroba tętnic obwodowych, przebyty udar mózgu niezakończony zgonem, przebyty zawał serca niezakończony zgonem pomostowanie aortalno-wieńcowe	Wystąpienie zdarzenia (tak/nie) podczas follow-up: udar mózgu niezakończony zgonem, zawał serca niezakończony zgonem, niestabilna dławica piersiowa, niewydolność serca, przemijający napad niedokrwienny mózgu, makroalbuminuria, uszkodzenie nerek

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$   
 i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

Punkt końcowy	Czynniki wyjściowe	Czynniki zależne od czasu
Zgon sercowo-naczyniowy	Wiek, płeć, wyjściowe BMI, wyjściowy poziom HbA1c, wyjściowy poziom eGFR, położenie geograficzne, jednonaczyniowa choroba niedokrwienna serca w wywiadzie, wielonaczyniowa choroba niedokrwienna serca (choroba wieńcowa) w wywiadzie, choroba tętnic obwodowych, przebyty udar mózgu niezakończony zgonem, przebyty zawał serca niezakończony zgonem pomostowanie aortalno-wieńcowe	Wystąpienie zdarzenia (tak/nie) podczas follow-up: udar mózgu niezakończony zgonem, zawał serca niezakończony zgonem, niestabilna dławica piersiowa, niewydolność serca, przemijający napad niedokrwienny mózgu, rewaskularyzacja mięśnia sercowego, makroalbuminuria, uszkodzenie nerek
Podwojenie stężenia kreatyniny w osoczu, (eGFR $\leq$ 45)	Wiek, płeć, wyjściowe BMI, wyjściowy poziom HbA1c, wyjściowy poziom eGFR, położenie geograficzne, jednonaczyniowa choroba niedokrwienna serca w wywiadzie, wielonaczyniowa choroba niedokrwienna serca (choroba wieńcowa) w wywiadzie, choroba tętnic obwodowych, przebyty udar mózgu niezakończony zgonem, przebyty zawał serca niezakończony zgonem pomostowanie aortalno-wieńcowe	Rozwinięcie się makroalbuminurii (Wartość wskaźnika albumina/kreatynina $>$ 300 mg/g.)
Progresja do makroalbuminurii (wartość wskaźnika albumina/kreatynina $>$ 300 mg/g.)	Wiek, płeć, wyjściowe BMI, wyjściowy poziom HbA1c, wyjściowy poziom eGFR, położenie geograficzne, jednonaczyniowa choroba niedokrwienna serca w wywiadzie, wielonaczyniowa choroba niedokrwienna serca (choroba wieńcowa) w wywiadzie, choroba tętnic obwodowych, przebyty udar mózgu niezakończony zgonem, przebyty zawał serca niezakończony zgonem pomostowanie aortalno-wieńcowe	Podwojenie stężenia kreatyniny w osoczu, (eGFR $\leq$ 45)

Tabelaryczne zestawienie wartości współczynników regresji dla poszczególnych zmiennych niezależnych modeli czasu do wystąpienia zdarzeń klinicznych zamieszczono w załączniku (zob. Załącznik 18.6). Niezależny efekt ocenianej interwencji jest wyrażony poprzez wartość współczynnika regresji dla zmiennej „Terapia” kodującej rodzaj leczenia (0 – placebo, 1 – empagliflozyna), który można interpretować jako logarytm hazardu względnego danego zdarzenia dla porównania empagliflozyny ze standardową terapią przeciwcukrzycową. W przypadku, gdy współczynniki regresji są mniejsze od zera, zastosowanie EMPA powoduje zmniejszenie ryzyka wystąpienia danego zdarzenia (tj. HR  $<$ 1), a w przypadku gdy współczynniki regresji są dodatnie, dodanie empagliflozyny prowadzi do zwiększenia tego ryzyka (HR  $>$ 1). Zgodnie z wykonaną analizą regresji, zastosowanie empagliflozyny:

- Zmniejsza ryzyko wystąpienia (równoważnie: wydłuża czas do wystąpienia) zawału serca niezakończonego zgonem, niewydolności serca, przejściowego udaru niedokrwiennego, rewaskularyzacji, zgonu sercowo-naczyniowego, progresji makroalbuminurii, uszkodzenia nerek i rozpoczęcia terapii nerkozastępczej (HR  $<$ 1)
- Zwiększa ryzyko wystąpienia (równoważnie: skraca czas do wystąpienia) udaru niezakończonego zgonem oraz niestabilnej dławicy piersiowej (HR  $>$ 1).

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq$ 7%  
 i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

Szczegółowe statystyki dla parametrów skuteczności empagliflozyny w modelu przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela 7. [Redacted]

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

Wpływ empagliflozyny na poszczególne punkty końcowe jest zgodny z wynikami badania *EMPA-REG OUTCOME (AKL Jardiance 2024)*. Numeryczne wartości hazardu względnego w niniejszym modelu mogły się nieco różnić od przedstawionych w publikacjach z badania *EMPA-REG OUTCOME*, co wynika z zastosowania różnych modeli analizy przeżycia (analizę przeżycia w badaniu przeprowadzono metodą regresji Coxa, podczas gdy na potrzeby modelu ekonomicznego wykonano w pełni parametryczną analizę przeżycia) oraz uwzględnienia innego zestawu zmiennych niezależnych.

W ramach analizy wrażliwości testowano następujące alternatywne scenariusze skuteczności empagliflozyny:

- minimalna i maksymalna skuteczność empagliflozyny w zakresie powikłań sercowo-naczyniowych (Zawał serca niezakończony zgonem; Udar mózgu niezakończony zgonem; Niestabilna dławica piersiowa; Hospitalizacja z powodu niewydolności serca; Przemijający napad niedokrwienności mózgu; Rewaskularyzacja mięśnia sercowego; Zgon sercowo-naczyniowy)
- minimalna i maksymalna skuteczność empagliflozyny w zakresie powikłań mikroangiopatii (Progresa do makroalbuminurii; Uszkodzenie nerek; Rozpoczęcie terapii nerkozastępczej)



- konserwatywny scenariusz z uwzględnieniem wyłącznie istotnych statystycznie (na poziomie istotności 5%) efektów empagliflozyny (Hospitalizacja z powodu niewydolności serca; Zgon sercowo-naczyniowy; Progresa do makroalbuminurii; Uszkodzenie nerek).

W wariantach minimalnej i maksymalnej skuteczności, wartości współczynników regresji dla empagliflozyny (zmienna „Terapia”) przyjmowano na poziomie odpowiednio górnej i dolnej granicy 95% CI (zob. Tabela 7).

W wariancie z uwzględnieniem wyłącznie istotnych (na poziomie 5%) efektów EMPA, współczynniki regresji dla zmiennej „Terapia” przyjęto na poziomie z analizy podstawowej dla następujących zdarzeń: Hospitalizacja z powodu niewydolności serca; Zgon sercowo-naczyniowy; Progresa do makroalbuminurii; Uszkodzenie nerek, oraz na poziomie 0 (równoznacznym z brakiem różnic między EMPA a PBO) dla pozostałych punktów końcowych.

Tabelaryczne zestawienie wartości parametrów skuteczności empagliflozyny w omawianych wariantach AW zamieszczono w załączniku (zob. Załącznik 18.6).

W ramach analizy dodatkowej testowano ponadto dwa scenariusze skuteczności EMPA w podgrupie pacjentów niestosujących insuliny.

### 6.3 Umieralność z innych przyczyn

Czas zgonu z innych przyczyn niż zdarzenia sercowo-naczyniowe modelowano na podstawie danych dotyczących trwania życia w Polsce w 2022 roku, publikowanych przez Główny Urząd Statystyczny (*GUS 2023*). Do rocznych prawdopodobieństw zgonu zależnych od wieku (zob. Załącznik 18.9) dopasowano – oddzielnie dla populacji kobiet i mężczyzn – krzywe o rozkładzie Gompertza, w oparciu o które losowano następnie czas do zgonu dla każdego pacjenta w mikrosymulacji. Postać skumulowanej funkcji przeżycia dla przyjętej parametryzacji modelu przedstawia się następująco:

$$S(t) = e^{\left(\frac{\lambda}{\gamma}\right) \cdot (e^{\gamma t} - 1)},$$

gdzie  $\lambda$  i  $\gamma$  są odpowiednio parametrami skali i kształtu. Wartości parametrów dopasowanego rozkładu przedstawiono w poniższej tabeli.

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$   
i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

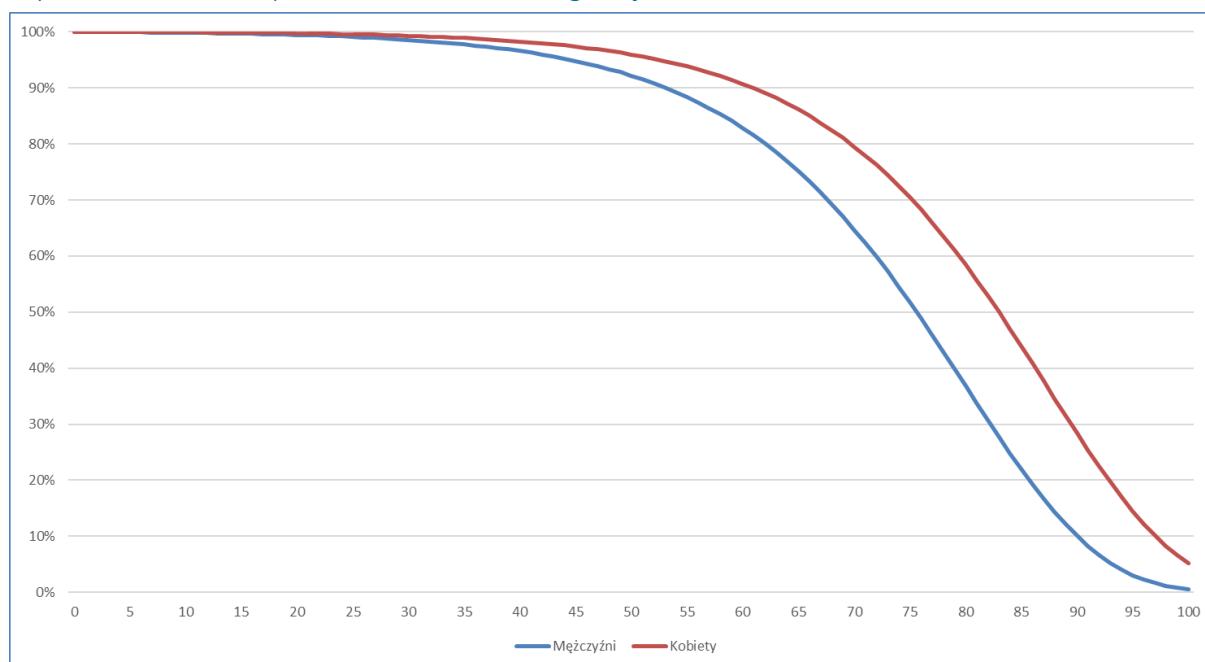
Tabela 8. Parametry rozkładu Gompertza dla umieralności z innych przyczyn.

Populacja	Rozkład	Parametry rozkładu	
		Lambda ( $\lambda$ ) *	Gamma ( $\gamma$ )
Mężczyźni	Gompertza	0,00011	0,08315
Kobiety	Gompertza	0,00005	0,08526

\* w skali 1. roku.

Przebieg funkcji przeżycia Gompertza dla kobiet i mężczyzn zobrazowano na poniższym wykresie.

Wykres 2. Model Gompertza dla umieralności ogólnej w Polsce.



## 7 Użyteczności stanów zdrowia

Główną miarą wyników zdrowotnych w analizie było przeżycie skorygowane o jakość wyrażone w jednostkach QALY. Liczbę QALY uzyskanych w wyniku zastosowania każdej z porównywanych strategii obliczano poprzez ważenie czasu spędzonego w poszczególnych stanach zdrowia wartościami użyteczności poszczególnych stanów i zdarzeń klinicznych.

Zgodnie z wymaganiami minimalnymi, dotyczącymi analiz farmakoekonomicznych, określonymi w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 24 października 2023 r. (MZ 24/10/2023), przeprowadzono przegląd systematyczny, mający na celu odnalezienie badań służących do oceny jakości życia chorych we wnioskowanym wskazaniu.

**Jardiance® (empagliflozyna)**

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$   
 i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

## 7.1 Przegląd systematyczny użyteczności

### 7.1.1 Cel

Przegląd systematyczny użyteczności stanów zdrowia zdefiniowanych w modelu, odpowiadających populacji chorych na T2DM, wykonano w celu przeprowadzenia analizy kosztów-użyteczności. Użyteczności stanów zdrowia pozwalają wyznaczyć lata życia skorygowane o jakość, główny wynik zdrowotny w świetle polskich wytycznych przeprowadzenia analiz ekonomicznych (AOTMiT 2016, MZ 24/10/2023) i w efekcie, kalkulację wskaźnika ICUR.

### 7.1.2 Wyszukiwanie danych źródłowych

W związku z przeprowadzonym wcześniej przeglądem systematycznym użyteczności chorych na cukrzycę typu 2, zweryfikowanym przez AOTMiT (*AE Jardiance 2022*), w niniejszej analizie dokonano aktualizacji przeglądu wtórnych badań użyteczności stanów zdrowia właściwych dla przyjętego w analizie ekonomicznej modelu przebiegu choroby. Przeszukania dokonano w dniu **9 lipca 2024 r.** w bazie informacji medycznych *MEDLINE* (poprzez Pubmed) w oparciu o skonstruowaną strategię wyszukiwania, co zapewniło odnalezienie wiarygodnych publikacji.

Do przeglądu włączano publikacje zawierające wyniki oceny co najmniej jednego z następujących stanów zdrowia (odpowiadających stanom w modelu własnym; skróty w nawiasach odpowiadają skrótom użytym w tabeli wyników):

- zawał serca (MI – myocardial infarction),
- niestabilna dławica piersiowa (UA – unstable angina),
- niewydolność serca (HF – heart failure),
- udar mózgu (udar),
- przemijający napad niedokrwienny mózgu (TIA – transient ischemic attack),
- rewaskularyzacja mięśnia sercowego (Rev),
- rozwinięcie się makroalbuminurii (Ma),
- uszkodzenie nerek (RI – renal injury),
- schyłkowa niewydolność nerek / leczenie nerkozastępcze (ESRD/RRT).

W pierwszej kolejności jednak poszukiwano użyteczności wyznaczonych w oparciu o kwestionariusz EQ-5D, ponieważ jest on zalecany przez polskie wytyczne (*AOTMiT 2016*). Do oceny włączono publikacje

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$   
i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

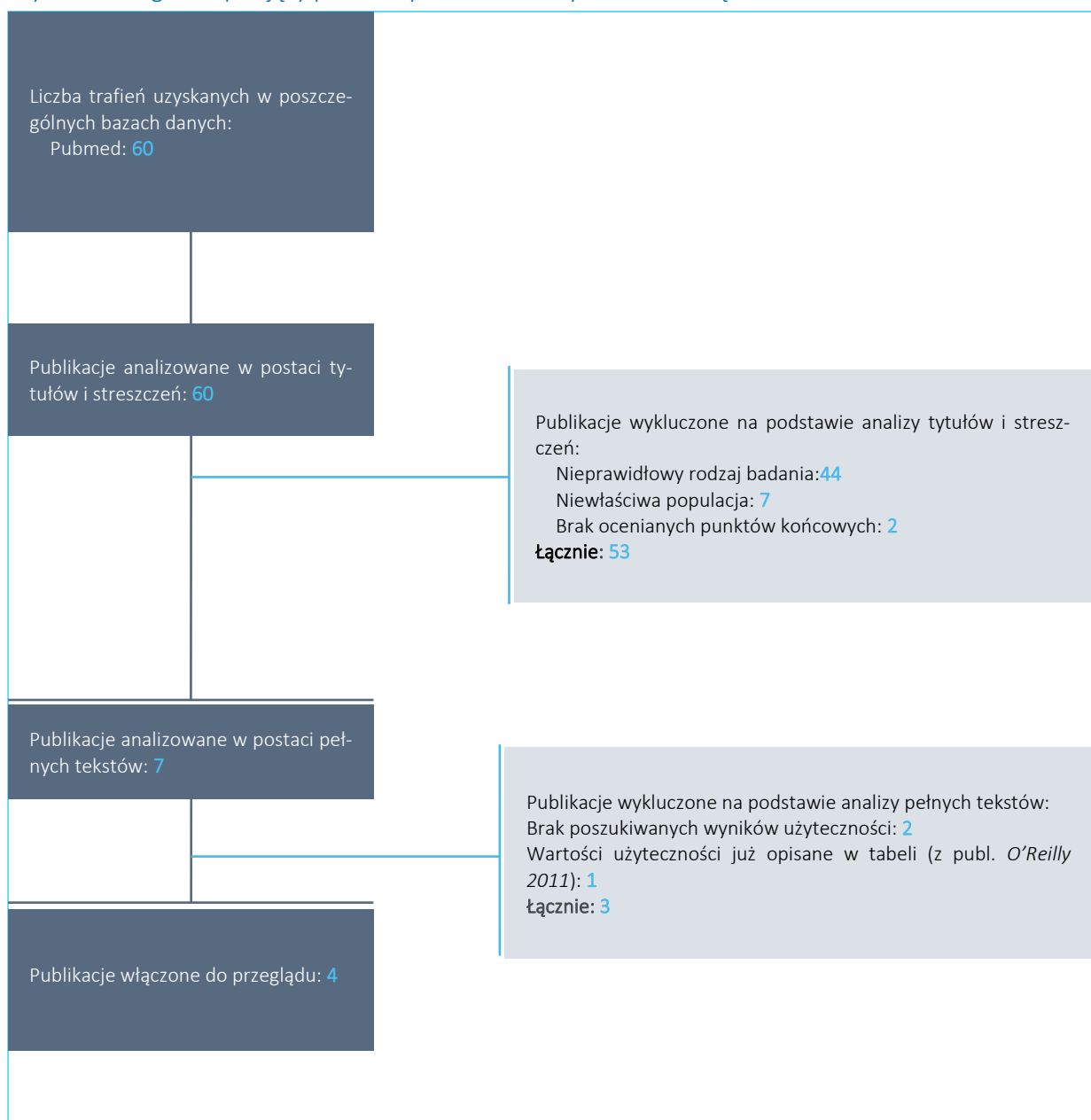
w języku polskim i angielskim. Szczegółowa strategia wyszukiwania oraz jej wyniki zostały zaprezentowane w poniższej tabeli.

Tabela 9. Strategia wyszukiwania wtórnych badań dotyczących użyteczności stanów zdrowia (*Medline* przez *PubMed*).

Nr	Zapytania (kwerendy)	Liczba wyników
#1	"Diabetes Complications"[Mesh]	154 224
#2	("Diabetes Mellitus, Type 2"[Mesh] OR diabetes[tiab] OR T2DM[tiab] OR NIDDM[tiab] OR diabetic[tiab] OR diabetics[tiab]) AND complications[tiab]	91 028
#3	utility[tiab] OR disutility[tiab] OR utilities[tiab] OR disutilities[tiab] OR "health status"[tiab] OR "health preference"[tiab] OR "preference based measure"[tiab] OR "preference based measures"[tiab] OR EQ5D[tiab] OR EQ-5D[tiab] OR euroqol[tiab] OR euro-qol[tiab] OR "HUI"[tiab] OR "HUI3"[tiab] OR "HUI-3"[tiab] OR "HUIIII"[tiab] OR "HUI-III"[tiab] OR "SF-6D"[tiab] OR "SF6D"[tiab] OR "short-form six-dimension"[tiab] OR "standard gamble"[tiab] OR sg[tiab] OR "time trade-off"[tiab] OR TTO[tiab]	394 831
#4	systematic*[tiab] OR "literature review"[tiab] OR search[tiab] OR catalogue[tiab] OR meta-anal*[tiab] OR metaanal*[tiab] OR pooled[tiab]	1 343 394
#5	(#1 OR #2) AND #3 AND #4	276
#6	Zawężenie czasowe: 2022/6/27- 2024/7/30	60

W wyniku zastosowania wyżej opisanych strategii wyszukiwania uzyskano łącznie 60 rekordów. Po wstępnym przeanalizowaniu tytułów i streszczeń, do dalszej analizy w postaci pełnych tekstów włączono 7 publikacji, z których 4 spełniły predefiniowane kryteria włączenia. Na zamieszczonym poniżej diagramie zaprezentowano proces wyszukiwania badań użyteczności, prezentując liczbę oraz powody wykluczenia artykułów na poziomie tytułów i streszczeń oraz pełnych tekstów.

Wykres 3. Diagram opisujący proces wyszukiwania: użyteczności związane z T2DM.



W ramach przeprowadzonej aktualizacji przeglądu zidentyfikowano 3 aktualne przeglądy systematyczne użyteczności stanów zdrowia (*Redenz 2023, Tan 2024, Valentine 2024*), oraz jeden przegląd przeglądów (*Niño-de-Guzmán 2023*), spełniające przyjęte kryteria włączenia. W każdej z publikacji zidentyfikowano część wyników z rekomendowanego zestawu użyteczności przyjętego w modelu farmakoekonomicznym.

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$   
i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

---

Poszukiwane wartości użyteczności dla zdarzeń wyróżnionych w modelu przedstawiono w tabeli poniżej. Dodatkowo w tabeli przedstawiono podsumowanie publikacji uwzględnionych w ocenie *AE Jardiance 2022*, w których do oceny użyteczności wykorzystywano kwestionariusz EQ-5D (szczegóły zob. *AE Jardiance 2022*).

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$   
i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

Tabela 10. Wyniki wyszukiwania wtórnych badań dotyczących użyteczności stanów zdrowia (Medline przez PubMed).

Badanie/wariant oceny	Powikłania makronaczyniowe					Nefropatia cukrzycowa			
	MI	UA	HF	Udar	TIA	Rev	Ma	RI	ESRD/RRT
<b>Publikacje uwzględnione w ocenie AE Jardiance 2022</b>									
									Hemodializa: -0,164 (-0,274; -0,054) [Wasserfallen 2004] Dializa otrzewnowa: -0,204 (-0,342; -0,066) [Wasserfallen 2004] Przeszczep: +0,762 (+0,658; +0,866) [Kiberd 1995]
<i>Beaudet 2014</i> wartość preferowana (95% CI) [Źródło]	-0,055 (-0,067;-0,042) [Clarke 2002]	-	-0,108 (-0,169;-0,048) [Clarke 2002]	-0,164 (-0,222;-0,105) [Clarke 2002]	-	-	-0,048 (-0,091; -0,005) (proteinuria) [Bagust 2005]	-	
<i>Lung 2011</i> średnia z metaanalizy (95% CI) [N badań]	0,75 (0,73; 0,78) [5]	-	-	0,59 (0,41; 0,77) [5]	-	-	-	-	0,48 (0,25; 0,71) (ESRD) [4]
<i>Alva 2014</i> (UKPDS 1997-2007)†	≤1 r.: -0,065++ >1 r.: +0,008++	-	-0,101	-0,165	-	-	-	-	-
<i>Bagust 2005</i> (CODE-2) Regresja prosta (OLS)	-	-	-	-0,115	-	-	-0,048 (proteinuria)	-	-0,175 (ESRD)

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c ≥7%  
i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

Badanie/wariant oceny	Powikłania makronaczyniowe					Nefropatia cukrzycowa			
	MI	UA	HF	Udar	TIA	Rev	Ma	RI	ESRD/RRT
Regresja złożona (model addytywny)	-	-	-	-0,038	-	-	-0,015 (proteinuria)	-	-0,059 (ESRD)
<i>Boonman-de Winter 2016</i>	-	-	0,73 (znana) 0,66 (nowo zdiagnozowana) -0,13 (znana) -0,10 (nowo zdiagnozowana)	-0,02 (udar lub TIA)	-	-	-0,04	-	
<i>Clarke 2002</i> (UKPDS 62)	Estymator tobit (efekt marginalny)	-0,055	-	-0,108	-0,164	-	-	-	-
	Estymator CLAD (efekt marginalny)	-0,035	-	-0,045	-0,090	-	-	-	-
<i>Dukes 2013</i>	-	-	-	-	-	-	-	-	0,81 (przeszczep)
	-	-	-	-	-	-	-	-	0,81 (przeszczep)
<i>Glasziou 2007</i> (ADVANCE)	Taryfa UK	0,767 -0,041•	0,741* -0,068•	-	0,708 (udar lub TIA) -0,104•	0,788 (CABG) -0,016•	-	-	Taryfa UK
	Taryfa USA	0,826 -0,027•	0,805* -0,049•	-	0,783 (udar lub TIA) -0,073•	0,839 (CABG) -0,011•	-	-	Taryfa USA
<i>Hayes 2011</i> (FIELD - QoL sub-study)	-0,044	-	-0,055	-0,165	-	-	-	-	-0,010 (dializa)

**Jardiance® (empagliflozyna)**

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$   
i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym



Badanie/wariant oceny	Powikłania makronaczyniowe					Nefropatia cukrzycowa			
	MI	UA	HF	Udar	TIA	Rev	Ma	RI	ESRD/RRT
<i>Hayes 2016 (ADVANCE)</i>	-0,026	-	-0,045	-0,099	-	-	-0,049 (niewydolność nerek: ostra, przewlekła lub nieokreślona)		
<i>Hunger 2012 (MONICA/KORA)</i>	-0,0650	-	-	-0,1336	-	-	-	-	-
				-0,1111					
	-0,0220 (AMI)		-0,0821	pojedynczy: -0,0797				-0,1144 (choroba nerek)	
	pojedynczy: -0,0205		≤1 r.: -0,0128	mnogi: -0,2617				≤1 r.: -0,1624	
Taryfa UK	mnogi: -0,0230	-	2-5 lat: -0,2193	≤1 r.: -0,0962	-	-		2-5 lat: -0,1629	
	≤1 r.: +0,0674		>5 lat: -0,0296	2-5 lat: -0,2212				>5 lat: -0,0656	
	2-5 lat: +0,0025			>5 lat: -0,0708					
	>5 lat: -0,0314			-0,0590					
<i>Kiadaliri 2014 (NDR)</i>				pojedynczy: -0,0460				-0,0406 (choroba nerek)	
	-0,0119 (AMI)		-0,0422	mnogi: -0,1217				≤1 r.: -0,0459	
	pojedynczy: -0,0113		≤1 r.: -0,0114	≤1 r.: -0,0696	-	-		2-5 lat: -0,0615	
Taryfa szwedzka	mnogi: -0,0121	-	2-5 lat: -0,1123	2-5 lat: -0,0848				>5 lat: -0,0465	
	≤1 r.: +0,0110		>5 lat: -0,0196	>5 lat: -0,0429					
	2-5 lat: +0,0084								
	>5 lat: -0,0135								

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c ≥7%  
i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

Badanie/wariant oceny	Powikłania makronaczyniowe					Nefropatia cukrzycowa			
	MI	UA	HF	Udar	TIA	Rev	Ma	RI	ESRD/RRT
<i>Kiadaliri</i> 2015 (NDR)	Taryfa szwedzka (pacjenci)	0,85 -0,03	-	0,82 -0,06	0,82 -0,06	-	-	0,82 /-0,06 (choroba nerek)	
	Taryfa UK (populacja ogólna)	0,71 -0,06	-	0,65 -0,13	0,66 -0,12	-	-	0,61 /-0,16 (choroba nerek)	
	Taryfa USA (populacja ogólna)	0,79 -0,04	-	0,74 -0,09	0,75 -0,09	-	-	0,72 /-0,11 (choroba nerek)	
	Taryfa duńska (populacja ogólna)	0,76 -0,05	-	0,71 -0,10	0,72 -0,09	-	-	0,69 /-0,12 (choroba nerek)	
	Taryfa niemiecka (populacja ogólna)	0,81 -0,05	-	0,75 -0,11	0,76 -0,10	-	-	0,73 /-0,13 (choroba nerek)	
<i>Kontodimo-poulos</i> 2012	Bez korekty zmiennych zakłócających	-	-	-	0,563 -0,159*	-	-	0,752 / +0,04 (nefropatia)	
	Po korekcie zmiennych zakłócających	-	-	-	-	-	-	-	
<i>O'Reilly</i> 2011	-0,0586	-	-	-0,0462	-	-	-	-0,1018 (niewydolność nerek)	
<i>Sullivan</i> 2016 (MEPS 2000-2011); wartości EQ-5D mapowane z SF-12+++	-0,047	-	-0,050	-0,060	-0,070	-	-	-0,038 (nefropatia, z uwzględnieniem ESRD)	

**Jardiance® (empagliflozyna)**

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$   
i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

Badanie/wariant oceny	Powikłania makronaczyniowe					Nefropatia cukrzycowa			
	MI	UA	HF	Udar	TIA	Rev	Ma	RI	ESRD/RRT
<i>Mok 2021</i> wartość preferowana (95% CI)	-0,007 (-0,036; 0,022)	-0,017 (-0,041; 0,007) (choroba niedokrwienne serca)	-0,050 (-0,081; -0,020)	-	-	-	-	-0,022 (-0,037;-0,007)	-0,053 (-0,081;-0,025)
<b>Publikacje odnalezione w ramach aktualnego wyszukiwania</b>									
<i>Niño-de-Guzmán 2023</i> średnia (95% CI); ocena wg skali EQ-5D (w przypadku Ma ocena wg skali 15D)	0,756 (0,692; 0,821)	0,740 (0,698; 0,782)	0,720 (0,659; 0,781)	0,652 (0,570; 0,734)	0,785 (0,716; 0,854)	-	-0,036 (-0,079; 0,007)	-	0,470 (0,407; 0,532)
<i>Redenz 2023</i> średnia (95% CI); ocena wg skali EQ-5D	-0,026 (-0,042; -0,011)	-	Zastoinowa HF: -0,053 (-0,072; -0,034)	-0,094 (-0,113; -0,075)	-	-	-	-	-

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq$ 7%  
i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym



Badanie/wariant oceny	Powikłania makronaczyniowe					Nefropatia cukrzycowa			
	MI	UA	HF	Udar	TIA	Rev	Ma	RI	ESRD/RRT
				udar (ogółem): -0,2020 [Shao 2019]; -0,1600 (-0,287,-0,030) [Pan 2016 <sup>17</sup> ]; -0,1220 (SE 0,018) [Laxy 2021]; -0,1010 (SE 0,006) [Zhang Yi 2020 <sup>22</sup> ]; -0,0870 (SE 0,028) [Tabaei 2004 <sup>21</sup> ]; -0,0820 (-0,170,-0,003) [Yfantopoulos 2019]; -0,0700 (NR) [Quah 2011 <sup>20</sup> ]; -0,0470 (-0,057,-0,038) [Li 2021]; -0,0440 (NR) [Neuwahl 2021]; -0,0420 (-0,072,-0,012) [Jiao 2017 <sup>14</sup> ]; -0,0200 (SE 0,02) [Wexler 2006]					

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$   
 i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

Badanie/wariant oceny	Powikłania makronaczyniowe					Nefropatia cukrzycowa			
	MI	UA	HF	Udar	TIA	Rev	Ma	RI	ESRD/RRT
<i>Valentine 2024</i>				-0,59 [Adibe 2013, HUI-3]					
utrata użyteczności (SE/95% CI)	-0,051 (SE: 0,012)			-0,37 [Adibe 2013, HUI-2];					
[Źródło]	[Briggs 2017];			-0,111 (SE: 0,022)					
Skale ocen użyte w źródłach:	+0,004 (-0,016;			[Briggs 2017];					
<i>Briggs 2017</i> <sup>23</sup> : EQ-5D-3L	0,024) [Nauck			-0,0541 (SE:					
<i>Nauck 2019</i> <sup>24</sup> : EQ-5D-3L	2019];			0,0149) [Lee					
<i>Schunk 2015</i> <sup>25</sup> : SF-6D	[Schunk 2015];			2012];					
<i>Shao 2019</i> <sup>7</sup> : HUI-3	[Schunk 2015];			-0,046(-0,074;-					
<i>Kamradt 2017</i> <sup>26</sup> : EQ-5D-3L	-0,042 (SE: 0,016)			0,019) [Nauck					
<i>Lee 2012</i> <sup>9</sup> : EQ-5D	[Shao 2019]			2019];					
<i>Solli 2010</i> <sup>27</sup> : EQ-5D	MI w wywiadzie:-			0,015) [Zhang					
<i>Grandy 2012</i> <sup>28</sup> : EQ-5D	0,011 (SE: 0,006)			2012];					
<i>Luk 2014</i> <sup>15</sup> : EQ-5D-3L	[Shao 2019]			0,015) [Zhang					
<i>Adibe 2013</i> <sup>29</sup> : HUI-3				2012];					
				MI w wywiadzie:-					
				0,101 (SE: 0,008)					
				[Shao 2019]					
				-0,135 (-0,247;-					
				0,023) [Solli 2010]					

† Oszacowania uzyskane w modelu efektów stałych, wskazane przez autorów publikacji jako preferowane względem estymatorów uzyskanych w innych testowanych wariantach modeli;

†† Użyteczność do roku od wystąpienia i w dłuższym okresie od wystąpienia zdarzenia;

††† badana próba obejmowała poza chorymi na cukrzycę typu 2 także pacjentów z innymi typami cukrzycy; do tabeli ekstrahowano wartości marginalne zmniejszenia użyteczności, wskazane przez autorów pracy jako właściwe do stosowania w modelowaniu, jako wartości addytywne (pominięto nieskorygowane współczynniki użyteczności);

\* Hospitalizacja z powodu niestabilnej dławicy piersiowej;

• Obliczono na podstawie innych danych dostępnych w publikacji;

•• Inna niż niewydolność serca;

\*\*\* Badana próba obejmowała chorych na cukrzycę typu 1 i 2, w nieokreślonej proporcji; badanie włączono do przeglądu ze względu na ograniczoną pulę użyteczności stanu zdrowia „rewaskularyzacja”;

\*\* Badana próba obejmowała chorych na cukrzycę typu 1 i 2, w nieokreślonej proporcji; badanie włączono do przeglądu ze względu na ograniczoną pulę użyteczności stanu zdrowia „ESRD”;

‡ W publikacji dostępne również wagi użyteczności stanu zdrowia chorych z powikłaniami pojedynczymi i mnogimi oraz określonymi kombinacjami powikłań;

‡‡ Wyłącznie pacjenci z właściwie kontrolowaną glikemią;

1 Kuo S, Yang C-TC-T, Chen H-YH-Y, Ou H-TH-T. Valuing health states of people with type 2 diabetes: Analyses of the nationwide representative linked databases. J Diabetes Investig. 2021;12: 1749–1758;

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c ≥7%  
i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

- 2 Keng MJ, Leal J, Bowman L, Armitage J, Mihaylova B. Decrements in health-related quality of life associated with adverse events in people with diabetes. *Diabetes Obes Metab.* 2021. <https://doi.org/10.1002/dm2.4447>;
- 3 Chen C, Chen J-H, Lai T-J, Ko YY. Health utilities in patients with type 2 diabetes in Taiwan. *Healthcare (Switzerland).* 2021;9. <https://doi.org/10.3390/healthcare9121672>;
- 4 Li C, Zhou HHJ, Wang P. Health utility of type 2 diabetes patients using basal insulin in China: results from the BEYOND II study. *Acta Diabetol.* 2021;58: 329–339;
- 5 Laxy M, Becker J, Kahm K, Holle R, Peters A, Thorand B, et al. Utility Decrements Associated With Diabetes and Related Complications: Estimates From a Population-Based Study in Germany. *Value in Health.* 2021;24: 274–280;
- 6 Wexler DJ, Grant RW, Wittenberg E, Bosch JL, Cagliero E, Delahanty L, et al. Correlates of health-related quality of life in type 2 diabetes. *Diabetologia.* 2006;49: 1489–1497;
- 7 Shao H, Yang S, Fonseca V, Stoecker C, Shi L. Estimating Quality of Life Decrements Due to Diabetes Complications in the United States: The Health Utility Index (HUI) Diabetes Complication Equation. *Pharmacoeconomics.* 2019;37: 921–929;
- 8 Coffey JT, Brandle M, Zhou HH, Marriott D, Burke R, Tabaei BP, et al. Valuing health-related quality of life in diabetes. *Diabetes Care.* 2002;25: 2238–2243;
- 9 Lee WJ, Song KH, Noh JH, Choi YJ, Jo MW. Health-Related Quality of Life Using the EuroQol 5D Questionnaire in Korean Patients with Type 2 Diabetes. 2012;27: 255–260;
- 10 Neuwahl SJ, Zhang P, Chen H, Shao H, Laxy M, Anderson AMAM, et al. Patient Health Utility Equations for a Type 2 Diabetes Model. *Diabetes Care.* 2021;44: 381–389;
- 11 Zhang P, Brown MB, Bilik D, Ackermann RT, Li R, Herman WH. Health Utility Scores for People With Type 2 Diabetes in U.S. Managed Care Health Plans Results from Translating Research Into Action for Diabetes (TRIAD). *Diabetes Care.* 2012;35: 2250–2256;
- 12 Yfantopoulos J, Chantzaras A. Health-related quality of life and health utilities in insulin-treated type 2 diabetes: the impact of related comorbidities/complications. *European Journal of Health Economics.* 2020;21: 729–743;
- 13 Takahara M, Katakami N, Shiraiwa T, Abe K, Ayame H, Ishimaru Y, et al. Evaluation of health utility values for diabetic complications, treatment regimens, glycemic control and other subjective symptoms in diabetic patients using the EQ-5D-5L. *Acta Diabetol.* 2019;56: 309–319;
- 14 Jiao FF, Wong CKH, Gangwani R, Tan KCB, Tang SCW, Lam CLK. Health-related quality of life and health preference of Chinese patients with diabetes mellitus managed in primary care and secondary care setting: decrements associated with individual complication and number of complications. *Health Qual Life Outcomes.* 2017;15;
- 15 Luk AO-Y, Zhang Y, Ko GTC, Brown N, Ozaki R, Tong PCY, et al. Health-Related Quality of Life in Chinese Patients with Type 2 Diabetes: An Analysis of the Joint Asia Diabetes Evaluation (JADE) Program. *J Diabetes Metab.* 2014;5: 1–7;
- 16 Maddigan SLL, Feeny DHH, Johnson JAA. Health-related quality of life deficits associated with diabetes and comorbidities in a Canadian National Population Health Survey. *QUALITY OF LIFE RESEARCH.* 2005;14: 1311–1320;
- 17 Pan CW, Sun HP, Zhou HJ, Ma Q, Xu Y, Luo N, et al. Valuing health-related quality of life in type 2 diabetes patients in China. *Medical Decision Making.* 2016;36: 234–241;
- 18 Pan C-W, Wang S, Wang P, Xu C-L, Song E. Diabetic retinopathy and health-related quality of life among Chinese with known type 2 diabetes mellitus. *Qual Life Res.* 2018;27: 2087–2093;
- 19 Pham TB, Nguyen TT, Truong HT, Trinh CH, Du HNT, Ngo TT, et al. Effects of Diabetic Complications on Health-Related Quality of Life Impairment in Vietnamese Patients with Type 2 Diabetes. *Reverte J, editor. J Diabetes Res.* 2020;2020: 4360804;
- 20 Quah JH, Luo N, Ng WY, How CH, Tay EG. Health-related quality of life is associated with diabetic complications, but not with short-term diabetic control in primary care. *Ann Acad Med Singap.* 2011;40: 276–286;
- 21 Tabaei BP, Shillnovak J, Brandle M, Burke R, Kaplan RM, Herman WH. Glycemia and the quality of well-being in patients with diabetes. *Quality of Life Research.* 2004;13: 1153–1161;
- 22 Zhang Y, Wu J, Chen Y, Shi L. EQ-5D-3L Decrements by Diabetes Complications and Comorbidities in China. *Diabetes Ther.* 2020;11: 939–950;
- 23 Briggs AH, Bhatt DL, Scirica BM, Raz I, Johnston KM, Szabo SM, Bergenheim K, Mukherjee J, Hirshberg B, Mosenzon O. Health-related quality-of-life implications of cardiovascular events in individuals with type 2 diabetes mellitus: a subanalysis from the Saxagliptin Assessment of Vascular Outcomes Recorded in Patients with Diabetes Mellitus (SAVOR)-TIMI 53 trial. *Diabetes Res Clin Pract.* 2017;130:24–33;
- 24 Nauck MA, Buse JB, Mann JFE, Pocock S, BoschTraberg H, Frimer-Larsen H, Ye Q, Gray A, LEADER Publication Committee for the LEADER Trial Investigators. Health-related quality of life in people with type 2 diabetes participating in the LEADER trial. *Diabetes Obes Metab.* 2019;21(3):525–32;
- 25 Schunk M, Reitmeir P, Schipf S, Völzke H, Meisinger C, Ladwig KH, Kluttig A, Greiser KH, Berger K, Müller G, Ellert U, Neuhauser H, Tamayo T, Rathmann W, Holle R. Health-related Quality of life in women and men with type 2 diabetes: a comparison across treatment groups. *J Diabetes Complicat.* 2015;29(2):203–11;
- 26 Kamradt M, Krisam J, Kiel M, Qreini M, Besier W, Szecsenyi J, Ose D. Health-related quality of life in primary care: which aspects matter in multimorbid patients with type 2 diabetes mellitus in a community setting? *PLoS ONE.* 2017;12(1): e0170883;
- 27 Solli O, Stavem K, Kristiansen IS. Health-related quality of life in diabetes: the associations of complications with EQ-5D scores. *Health Qual Life Outcomes.* 2010;
- 28 Grandy S, Fox KM, SHIELD Study Group. Change in health status (EQ-5D) over 5 years among individuals with and without type 2 diabetes mellitus in the SHIELD longitudinal study. *Health Qual Life Outcomes;*
- 29 Adibe MO, Aguwa CN. Sensitivity and responsiveness of health utility indices (HUI2 and HUI3) among type 2 diabetes patients. *Trop J Pharm Res.* 2013.

### Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq$ 7%  
 i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

W dokumencie *Niño-de-Guzmán 2023* przeprowadzono przegląd przeglądów systematycznych, opisujących ocenę użyteczności stanów zdrowia pacjentów chorych na cukrzycę typu 2, odnalezione w 3 bazach danych (*MEDLINE* [przez PubMed], *the Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature* oraz *PsycINFO*). Wszystkie z włączonych PS zostały opublikowane w 2011 roku lub później. Odnalezione przeglądy systematyczne obejmowały pacjentów z Wielkiej Brytanii, Australii, Chin, Danii, Holandii, Iranu oraz Stanów Zjednoczonych. Autorzy przeprowadzili metaanalizę w przypadku wartości użyteczności stanów zdrowia, dla których odnaleziono więcej niż 1 wynik (tj. dla wszystkich wymienionych w tabeli powyżej z wyjątkiem wartości użyteczności dla niewydolności serca, wartości użyteczności dla niestabilnej dławicy piersiowej oraz utrata użyteczności dla makroalbuminurii).

W publikacji *Redenz 2023* odnaleziono wyniki przeglądu systematycznego z metaanalizą, w celu oceny użyteczności stanów zdrowia pacjentów chorych na cukrzycę typu 2. Autorzy dokonali przeglądu 2 baz medycznych: *MEDLINE* oraz *School of Health and Related Research Health Utilities Database*.

Dokument *Tan 2024* zawierał wyniki przeglądu systematycznego stanów zdrowia i powikłań pacjentów chorych na cukrzycę typu 2. Odnalezione analizy przeprowadzone w latach 2000-2010 obejmowały głównie pacjentów z krajów zachodnich, takich jak Wielka Brytania, Stany Zjednoczone, Kanada i Norwegia, przy czym tylko jedno badanie pochodziło z kraju azjatyckiego (Tajwan). Od 2011 roku więcej publikacji ukazało się w krajach azjatyckich, takich jak Hongkong, Chiny, Tajwan, Korea, Japonia, Singapur, Wietnam, a także Niemcy, Grecja, Kanada, USA, Szwecja czy Wielka Brytania. W powyższej tabeli pominięto wyniki z analiz, które opisano w tabeli już wcześniej w wyniku wyszukiwania przedstawionego w *AE Jardiance 2022*.

W publikacji *Valentine 2024* przedstawiono wyniki przeglądu systematycznego stanów zdrowia i powikłań pacjentów chorych na cukrzycę typu 2. Odnalezione analizy obejmowały pacjentów z Europy, Azji, Ameryki Łacińskiej i Środkowego Wschodu, a także z Afryki. W powyższej tabeli pominięto wyniki z analiz, które opisano w tabeli już wcześniej w wyniku wyszukiwania przedstawionego w *AE Jardiance 2022* oraz odnalezionych w wyniku aktualnego przeglądu (w dokumencie *Tan 2024*).



## 7.2 Użyteczności przyjęte w modelu

### 7.2.1 Użyteczności przyjęte w analizie podstawowej

W analizie podstawowej przyjęto wartości użyteczności pochodzące z badania *Sullivan 2016*, odnalezione z ramach przeglądu systematycznego w *AE Jardiance 2017*. Celem badania było oszacowanie użyteczności EQ-5D dla przewlekłych powikłań cukrzycy w oparciu o dane z reprezentatywnego badania ankietowego MEPS (*Medical Expenditure Panel Survey*). Użyteczności EQ-5D szacowano poprzez mapowanie z kwestionariusza SF-12 z użyciem wielomianowej regresji logistycznej w oparciu o dane MEPS z 2010-2011 roku. Wyniki EQ-5D uzyskano łącznie dla  $n = 20\,705$  badanych z cukrzycą. W modelu regresji uwzględniono marginalne wartości utraty użyteczności dla 17 powikłań i chorób współtowarzyszących cukrzycy oraz kategorii BMI z użyciem taryf z czterech krajów (USA, Wielkiej Brytanii, Francji i Hiszpanii). Wybór podstawowego źródła danych dotyczących użyteczności wynika z następujących przesłanek:

- W badaniu *Sullivan 2016* oceniano najszersze – spośród zidentyfikowanych badań użyteczności – spektrum chorób towarzyszących cukrzycy zgodnych z definicją stanów zdrowotnych modelu. Wybór badania *Sullivan 2016* odpowiada zatem zalecanemu w Wytycznych AOTMiT dążeniu do uwzględniania w modelu zestawu użyteczności pochodzących możliwie z jednego badania.
- Zgodnie z Wytycznymi AOTMiT, preferowane jest użycie użyteczności EQ-5D. W badaniu *Sullivan 2016*, użyteczności EQ-5D oszacowano co prawda technikami mapowania z innego kwestionariusza HRQoL (SF-12), jednak przeprowadzona analiza regresji z kontrolą na czynniki demograficzne, BMI i choroby towarzysząca była spójna z wcześniejszymi publikowanymi katalogami wartości EQ-5D w Stanach Zjednoczonych.
- Użyteczności z badania *Sullivan 2016* pochodzą z dużej ( $n = 20\,705$ ), reprezentatywnej na poziomie narodowym populacji chorych z cukrzycą.

Użyteczność wyjściową zaczerpnięto z badania *Clarke 2002* (wartość EQ-5D u chorych bez powikłań). Źródło to jest standardowo wykorzystywane w modelach ekonomicznych w cukrzycy dla stanu cukrzycy bez powikłań (tj. wartości bazowej, o którą pomniejszana jest użyteczność po wystąpieniu powikłań w modelu); w szczególności, przyjęta wartość jest rekomendowana do stosowania w analizach farmakoekonomicznych w cukrzycy przez autorów zidentyfikowanego przeglądu systematycznego użyteczności (*Beaudet 2014*).

Podstawowe użyteczności zestawiono w poniższej tabeli. Wartości ujemne oznaczają utratę użyteczności w stosunku do stanu bez obecności danego powikłania. Zgodnie z modelem regresji w badaniu *Sullivan 2016*, w analizie podstawowej uwzględniono zmianę użyteczności w przypadku obecności wielu ( $\geq 2$ ) powikłań jednocześnie. Korekta ta odzwierciedla fakt, że ujemny wpływ pojedynczych zdarzeń na jakość życia zmniejszała się wraz z liczbą powikłań. Przykładowo, u pacjenta z zawałem serca i niewydolnością nerek, łączna zmiana użyteczności względem wartości bazowej (0,785) wynosi  $-0,047 - 0,038 + 0,017 = -0,068$  (Tabela 11).

Tabela 11. Użyteczności stanów zdrowia przyjęte w analizie podstawowej.

Stan zdrowotny lub zdarzenie	Wartość	Źródło
<b>Użyteczność podstawowa</b>		
Cukrzyca typu 2 bez powikłań	0,785	Clarke 2002
<b>Utrata użyteczności z powodu wystąpienia powikłań (zdarzeń klinicznych)</b>		
Zawał serca niezakończony zgonem	-0,047	Sullivan 2016
Udar mózgu niezakończony zgonem	-0,060	Sullivan 2016
Niestabilna dławica piersiowa	-0,047 *	Sullivan 2016
Hospitalizacja z powodu niewydolności serca	-0,050	Sullivan 2016
Przemijający napad niedokrwienny mózgu	-0,070	Sullivan 2016
Rewaskularyzacja mięśnia sercowego	-0,030 **	Glasziou 2007, Wermeling 2012
Progresja do makroalbuminurii	-0,038 ***	Sullivan 2016
Uszkodzenie nerek	-0,038 ***	Sullivan 2016
Niewydolność nerek (rozpoczęcie terapii nerkozastępczej)	-0,038 ***	Sullivan 2016
<b>Korekta użyteczności w przypadku wystąpienia wielu powikłań jednocześnie</b>		
Obecność 2 powikłań	0,017	Sullivan 2016
Obecność 3 powikłań	0,042	Sullivan 2016
Obecność 4 powikłań	0,070	Sullivan 2016
Obecność $\geq 5$ powikłań	0,087	Sullivan 2016
Cukrzyca typu 2 bez powikłań	0,785	Sullivan 2016

\* przyjęto jak dla zawału serca

\*\* średnia z oszacowań odnalezionych w PS: -0,01, -0,02 (Glasziou 2007), -0,06 (Wermeling 2012)

\*\*\* w modelu Sullivan 2016 wyróżniono wspólny stan dla wszystkich faz powikłań nerkowych („nefropatia, łącznie z ESRD”)

Utratę użyteczności związaną z powikłaniami naliczano w modelu długookresowo, tj. od momentu wystąpienia danego zdarzenia klinicznego do zgonu chorego.

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$  i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

## 7.2.2 Użyteczności przyjęte w analizie wrażliwości

W ramach analizy wrażliwości rozpatrywano trzy alternatywne scenariusze użyteczności związanych z powikłaniami cukrzycy:

W dwóch wariantach skrajnych testowano minimalne oraz maksymalne wartości utraty użyteczności, przyjęte na poziomie odpowiednio górnych i dolnych granic 95% CI dla zmiany użyteczności związanej z poszczególnymi zdarzeniami w modelu *Sullivan 2016*. Użyteczności przyjęte w omawianych wariantach AW zestawiono w poniższej tabeli. W obu analizach zachowano podstawowe oszacowanie użyteczności bez obecności powikłań zaczerpnięte z badania *Clarke 2002* (0,785).

Tabela 12. Użyteczności stanów zdrowia przyjęte w analizie wrażliwości (warianty minimalnej i maksymalnej utraty użyteczności).

Stan zdrowotny lub zdarzenie	Wariant minimalnej utraty użyteczności	Wariant maksymalnej utraty użyteczności
Zawał serca niezakończony zgonem	-0,036	-0,057
Udar mózgu niezakończony zgonem	-0,046	-0,074
Niestabilna dławica piersiowa	-0,036	-0,057
Hospitalizacja z powodu niewydolności serca	-0,036	-0,064
Przemijający napad niedokrwienny mózgu	-0,008	-0,131
Progresja do makroalbuminurii	-0,016	-0,059
Uszkodzenie nerek	-0,016	-0,059
Niewydolność nerek (rozpoczęcie terapii nerkozastępczej)	-0,016	-0,059
Obecność 2 powikłań	0,029	0,004
Obecność 3 powikłań	0,064	0,019
Obecność 4 powikłań	0,104	0,037
Obecność $\geq 5$ powikłań	0,130	0,044

Zgodnie z zaleceniami przedstawionymi w wytycznych *AOTMiT 2016*, w ramach AW testowano także zestaw użyteczności pochodzący z zewnętrznego źródła danych. W wyniku wyszukiwania użyteczności zidentyfikowano niedawno opublikowany przegląd systematyczny *Beaudet 2014*, mający na celu zidentyfikowanie analiz dotyczących użyteczności poszczególnych stanów w jakich może znaleźć się pacjent z cukrzycą typu 2. W ramach badania *Beaudet 2014* przeprowadzono systematyczne wyszukiwanie w bazie medycznej MEDLINE, Medline In-Process, Embase, EconLIT oraz National Health Service Economic

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$   
i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

Evaluation Database, włączając publikacje od najstarszej dostępnej do opublikowanych do maja 2012 roku. Dodatkowymi kryteriami włączenia były zgodność metodologii badania z wytycznymi NICE, populacja docelowa powyżej 18 roku życia oraz język angielski publikacji. Do przeglądu zostało włączonych 21 badań oceniających użyteczność lub zmianę użyteczności wywołaną powikłaniami cukrzycy typu 2. W oparciu o przeprowadzony przegląd, autorzy badania *Beaudet 2014* opracowali zestawienie preferowanych wartości użyteczności związanych z powikłaniami cukrzycy typu 2. Zestaw ten testowano w wariancie analizy wrażliwości, przy czym użyteczności dla zdarzeń nieuwzględnionych w przeglądzie *Beaudet 2014* przyjęto na poziomie z analizy podstawowej.

Tabela 13. Użyteczności stanów zdrowia przyjęte w analizie wrażliwości (zestaw użyteczności na podstawie *Beaudet 2014*).

Stan zdrowotny lub zdarzenie	Wartość	Źródło pierwotne oszacowania użyteczności
Cukrzyca typu 2 bez powikłań	0,785	Clarke 2002
Zawał serca niezakończony zgonem	-0,055	Clarke 2002
Udar mózgu niezakończony zgonem	-0,164	Clarke 2002
Niestabilna dławica piersiowa	-0,090 *	Clarke 2002
Niewydolność serca	-0,108	Clarke 2002
Progresja do makroalbuminurii	-0,048 **	Bagust 2005
Uszkodzenie nerek	-0,048 **	Bagust 2005
Niewydolność nerek (rozpoczęcie terapii nerkozastępczej)	-0,184 ***	Wasserfallen2004

\* przyjęto użyteczność dla stanu „choroba niedokrwienna serca”

\*\* przyjęto użyteczność dla stanu „proteinuria”

\*\*\* przyjęto średnią z utraty użyteczności dla hemodializy (-0,164) i dializy otrzewnowej (-0,204)

W dodatkowym wariancie analizy wrażliwości za użyteczność stanu wyjściowego przyjęto wartość wyznaczoną na podstawie badania *Golicki 2015* przeprowadzonego w polskiej próbie chorych na cukrzycę typu 2 (n=274). W badaniu *Golicki 2015* podano wartość indeksu EQ-5D w podziale na grupy wiekowe. Na potrzeby modelu obliczono średnią użyteczność ważoną odsetkami chorych w poszczególnych grupach wiekowych.

Tabela 14. Wyliczenie użyteczności stanu wyjściowego w analizie wrażliwości na podstawie danych z badania *Golicki 2015*.

Grupa wiekowa [zakres lat]	n (%)	Użyteczność (EQ-5D index)
32- 44	11 (4,0%)	0,902
45- 54	47 (17,2%)	0,855
55- 64	105 (38,3%)	0,809

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq$ 7% i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

Grupa wiekowa [zakres lat]	n (%)	Użyteczność (EQ-5D index)
65+	111 (40,5%)	0,739
Średnia ważona	274 (100%)	0,792

Badanie *Golicki 2015* wybrano jako najbardziej aktualne badanie oceniające użyteczność stanu zdrowia T2DM za pomocą indeksu *EQ-5D*. W ramach przeprowadzonego wyszukiwania zidentyfikowano także badanie *Dudzińska 2013*, w którym podano *EQ-5D index* w próbie chorych na cukrzycę typu 2 o tej samej liczebności, z podziałem na mieszkańców terenów miejskich i wiejskich. Uzyskane wartości użyteczności były bardzo zbliżone do wartości 0,792 obliczonej na podstawie danych z publikacji *Golicki 2015* (mieszkańcy miast: 0,80; mieszkańcy wsi: 0,79; różnica ns). W innym badaniu (*Jankowska 2021*) oceniano użyteczność chorych na cukrzycę (dowolnego typu) za pomocą nowego kwestionariusza *EQ-5D-5L*; średnia użyteczność w łącznej kohorcie (0,797) była zbliżona do raportowanej w *Golicki 2015*; ponieważ w badaniu *Jankowska 2021* nie wyszczególniono populacji z cukrzycą typu 2, w ramach AW testowano ostatecznie użyteczność z *Golicki 2015*.

Użyteczność z badania *Golicki 2015* – pomimo że pochodzi z populacji polskiej – uwzględniono jedynie w analizie wrażliwości, gdyż oznacza ona średnią użyteczność chorego z obecnością lub bez obecności powikłań cukrzycy, nie reprezentuje zatem wymaganej w modelu hipotetycznej użyteczności chorego bez powikłań. Przyjęcie ww. źródła jako użyteczności bazowej (bez powikłań) prowadziłoby zatem do podwójnego naliczania utraty użyteczności związanej z powikłaniami. Wykorzystana w analizie podstawowej wartość 0,785 z badania *Clarke 2002* jest pozbawiona ww. ograniczeń, gdyż zgodnie z treścią publikacji oznacza średnią wartość użyteczności pacjentów u których nie wystąpiło żadne z uwzględnionych w badaniu powikłań związanych z cukrzycą (*Clarke 2002*). Źródło to jest standardowo wykorzystywane w modelach ekonomicznych w cukrzycy dla stanu cukrzycy bez powikłań (tj. wartości bazowej, o którą pomniejszana jest użyteczność po wystąpieniu powikłań w modelu); w szczególności, przyjęta wartość jest rekomendowana do stosowania w analizach farmakoekonomicznych w cukrzycy przez autorów zidentyfikowanego przeglądu systematycznego użyteczności (*Beaudet 2014*).

## 8 Analiza kosztów

Analizę kosztów przeprowadzono z perspektywy podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych oraz z perspektywy wspólnej podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych i świadczeniobiorcy, uwzględniając bezpośrednie koszty medyczne

**Jardiance® (empagliflozyna)** | u pacjentów z cukrzycą typu 2  
 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$   
 i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

ponoszone w związku z leczeniem cukrzycy typu 2. Nie zidentyfikowano kosztów niemedyceńskich istotnych z punktu widzenia analizowanego problemu zdrowotnego. Nie rozważano także perspektywy społecznej jako mało istotnej w procesie formułowania rekomendacji dla podmiotu podejmującego decyzję o finansowaniu wnioskowanej technologii.

Wybór źródeł danych oparto na perspektywie analizy. Wyceny jednostkowe leków objętych refundacją oparto na aktualnym obwieszczeniu Ministerstwa Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (MZ 17/06/2024). W procesie leczenia cukrzycy typu 2 wyróżniono następujące składowe koszty:

- koszty leków przeciwcukrzycowych
- koszty leczenia powikłań cukrzycy.

Szczegóły dotyczące źródeł danych i kalkulacji poszczególnych kategorii kosztów w modelu przedstawiono w kolejnych podrozdziałach.

## 8.1 Koszty lekowe

### 8.1.1 Empagliflozyna (produkt leczniczy Jardiance®)

Koszt jednostkowy opakowania leku Jardiance® obliczono zgodnie z wnioskowanymi warunkami objęcia refundacją (szczegóły zob. Rozdział 3).

W analizie podstawowej uwzględniono zakładaną możliwość nabywania bezpłatnie produktu Jardiance przez świadczeniobiorców powyżej 65 roku życia w ramach wykazu D2 (MZ 17/06/2024).

Średni koszt opakowania empagliflozyny z perspektywy płatnika publicznego obliczano następnie jako średnią z kosztu leku dla NFZ przy odpłatności 0% i 30%, ważoną odsetkiem pacjentów w wieku 65+ i 65- lat, tj.

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$   
i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

W tabeli poniżej podsumowano koszt jednostkowy opakowania Jardiance® we wnioskowanych prezentacjach w zależności od przyjętej perspektywy oraz uwzględnienia instrumentu dzielenia ryzyka.

Tabela 15. Koszt jednostkowy Jardiance® przyjęty w analizie.

RSS	Prezentacja	Perspektywa płatnika publicznego	Perspektywa wspólna
Z uwzględnieniem RSS	Jardiance 10 mg, 28 tabl.	[REDACTED]	[REDACTED]
	Jardiance 10 mg, 30 tabl.	[REDACTED]	[REDACTED]
	Jardiance 10 mg, 14 tabl.	[REDACTED]	[REDACTED]
	Jardiance 10 mg, 60 tabl.	[REDACTED]	[REDACTED]
Bez uwzględnienia RSS	Jardiance 10 mg, 28 tabl.	[REDACTED]	[REDACTED]
	Jardiance 10 mg, 30 tabl.	[REDACTED]	[REDACTED]
	Jardiance 10 mg, 14 tabl.	[REDACTED]	[REDACTED]
	Jardiance 10 mg, 60 tabl.	[REDACTED]	[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego Jardiance® (*ChPL Jardiance*), zalecana dawka początkowa wynosi 10 mg empagliflozyny raz na dobę, a u pacjentów tolerujących tę dawkę, z wartością eGFR  $\geq 60$  ml/min/1,73 m<sup>2</sup> i wymagających ściślejszej kontroli glikemii, dawkę można zwiększyć do 25 mg raz na dobę (dawka maksymalna).

Jardiance® (empagliflozyna) u pacjentów z cukrzycą typu 2 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$  i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

W badaniu klinicznym *EMPA-REG OUTCOME*, przeprowadzonym w populacji zgodnej z wnioskowanymi wskazaniami refundacyjnymi, empagliflozynę stosowano w dziennej dawce 10 lub 25 mg. W badaniu nie obserwowano efektu dawki w odniesieniu do istotnych klinicznie punktów końcowych – wartości względnego hazardu zgonu, zdarzeń sercowo-naczyniowych, wyników związanych z niewydolnością serca i nefropatii były zbliżone u chorych przyjmujących empagliflozynę w dawce 10 i 25 mg dziennie. W związku z powyższym, oraz biorąc pod uwagę, że wniosek o refundację dotyczy wyłącznie opakowania zawierającego tabletki o mocy 10 mg, w analizie założono, że chory będzie otrzymywał dawkę równą 10 mg empagliflozyny dziennie.

Średni koszt dobowy (tj. koszt jednej tabletki) obliczono na podstawie prognozowanych przez wnioskodawcę udziałów poszczególnych prezentacji w łącznej sprzedaży Jardiance (zob. Tabela 14).

Tabela 16. Udziały poszczególnych prezentacji w łącznym zużyciu produktu Jardiance.

Prezentacja leku Jardiance	Udział w liczbie opakowań	Udział w liczbie tabletek
Jardiance 10 mg, 28 tabl.	■	■
Jardiance 10 mg, 30 tabl.	■	■
Jardiance 10 mg, 14 tabl.	■	■
Jardiance 10 mg, 60 tabl.	■	■

W poniższej tabeli przedstawiono dzienny koszt terapii empagliflozyną w wariantcie bez proponowanego instrumentu dzielenia ryzyka oraz w wariantcie uwzględniającym RSS.

Tabela 17. Dzienny koszt terapii empagliflozyną z perspektywy płatnika publicznego oraz wspólnej (z uwzględnieniem oraz bez uwzględnienia RSS).

Perspektywa/RSS	Perspektywa płatnika publicznego (PPP)	Perspektywa wspólna (PPP+P)
Z uwzględnieniem RSS	■	■
	■	
Bez uwzględnienia RSS	■	■
	■	

W ramach analizy wrażliwości testowano wariant z założeniem dziennej dawki empagliflozyny na poziomie DDD określonej przez WHO (17,5 mg). Należy podkreślić, że w rozważanym wskazaniu leczenia pacjentów wysokiego ryzyka sercowo-naczyniowego standardowo stosowana będzie dawka 10 mg, zapewniająca równoważny efekt kliniczny jak dawka maksymalna. W związku z powyższym, wariant

Jardiance® (empagliflozyna) u pacjentów z cukrzycą typu 2 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$  i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym



z założeniem dobowej dawki EMPA w wysokości 17,5 mg należy traktować jako skrajnie konserwatywny i mało realistyczny w praktyce.

### 8.1.2 Inne leki przeciwcukrzycowe (STD)

Populacja chorych włączonych do badania *EMPA-REG OUTCOME* składała się w zdecydowanej większości z chorych objętych wyjściowo farmakologicznym leczeniem hipoglikemizującym (n=6 891; 98,2%). Po upływie pierwszych 12 tygodni fazy randomizowanej, lekarz prowadzący mógł dowolnie modyfikować farmakoterapię stosowaną jako leczenie podstawowe, zgodnie z obowiązującymi lokalnymi standardami. W średnio 3-letnim okresie obserwacji odnotowano zmniejszone zapotrzebowanie na dodanie kolejnego leku hipoglikemizującego w grupie leczonej empagliflozyną względem grupy kontrolnej (19,5% vs 31,5%).

W analizie podstawowej, zgodnie z założeniem globalnego modelu farmakoekonomicznego nie uwzględniono kosztów innych (niż empagliflozyna) leków przeciwcukrzycowych, co – biorąc pod uwagę wykazaną w badaniu redukcję zużycia leków w ramieniu EMPA – można uznać za podejście konserwatywne.

W ramach analizy wrażliwości testowano natomiast dwa warianty kosztów innych leków hipoglikemizujących, uwzględniając:

- wszystkie grupy leków przeciwcukrzycowych stosowanych w badaniu *EMPA-REG OUTCOME*, bez względu na ich status refundacyjny w Polsce (Wariant 1):
  - Metformina,
  - Pochodna sulfonilomocznika,
  - Tiazolidynedion (glitazon),
  - Agonista PPAR- $\gamma$  (akarboza),
  - Inhibitor DPP-4,
  - Agonista GLP-1,
  - Insulina;
- wyłącznie refundowane w Polsce leki stosowane w badaniu *EMPA-REG OUTCOME* (Wariant 2):
  - Metformina,
  - Pochodna sulfonilomocznika,
  - Agonista PPAR- $\gamma$  (akarboza),
  - Inhibitor DPP-4,

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$   
i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

- Agonista GLP-1,
- Insulina.

Wykorzystanie zużycia leków z badania *EMPA-REG OUTCOME* uznano za akceptowalne źródło danych ze względu na możliwość uwzględnienia zmian w zużyciu innych leków w trakcie leczenia empagliflozyną oraz spójność polskich zaleceń dotyczących leczenia przeciwcukrzycowego ze standardami międzynarodowymi (*PTD 2023*).

Zestawienie oszacowanych dziennych kosztów standardowego leczenia hipoglikemizującego w ramionach EMPA i placebo zamieszczono w poniższej tabeli. W oszacowaniach uwzględniono dawkowanie leków zgodnie z DDD/PDD, średnie koszty jednostkowe leków w pierwszym kwartale 2024 r. (zał. do *UR NFZ 18/2024/IV*) oraz uwzględniono dostępność leków przeciwcukrzycowych w ramach wykazu D2 (leki przysługujące bezpłatnie świadczeniobiorcom powyżej 65 roku życia). Szczegółowe kalkulacje kosztów STD są dostępne w wersji elektronicznej modelu.

Tabela 18. Dzienny koszt leczenia hipoglikemizującego w wariantach AW; EMPA vs STD.

Wariant	Perspektywa PPP+P [zł/dzień]		Perspektywa PPP [zł/dzień]	
	STD	EMPA	STD	EMPA
Wariant 1: z uwzględnieniem leków refundowanych i nierefundowanych w Polsce	3,94	3,54	3,55	3,20
Wariant 2: z uwzględnieniem wyłącznie leków refundowanych w Polsce	3,81	3,44	3,55	3,20

W analizie nie uwzględniano kosztów innych (poza hipoglikemizującymi) leków stosowanych w przebiegu leczenia cukrzycy, w szczególności farmakoterapii choroby sercowo-naczyniowej (leków hipotensyjnych, hipoglikemizujących i przeciwzakrzepowych). W badaniu *EMPA-REG OUTCOME* wykazano, że dodanie empagliflozyny do leczenia standardowego prowadziło do istotnego zmniejszenia zużycia leków hipotensyjnych i przeciwzakrzepowych (odsetek pacjentów, u których wprowadzono nowy lek hipotensyjny: EMPA – 40,6% vs STD – 47,4%; przeciwzakrzepowy: EMPA – 25,2% vs STD – 26,7%; *Zinman 2015*). W związku z tym, pominięcie w analizie kosztów innego leczenia można traktować jako podejście konserwatywne.

## 8.2 Koszty powikłań cukrzycy

W modelu uwzględniono koszty zdarzeń klinicznych ocenianych w badaniu *EMPA-REG OUTCOME*.

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$  i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

Oszacowanie kosztów powikłań cukrzycy przeprowadzono w oparciu o te same dane źródłowe, które zostały wykorzystane w wykonanych wcześniej analizach dla Jardiance® (*AE Jardiance 2017, AE Jardiance 2022, AE Jardiance 2023*), skorygowane o wartości wskaźnika cen towarów i usług konsumpcyjnych (CPI) w kategorii „zdrowie” do roku 2023 oraz z aktualizacją wycen grup JGP na 2022 rok zgodnie o danymi z portalu Statystyki NFZ – Świadczenia (<https://statystyki.nfz.gov.pl/Benefits/1a>). Informacje o CPI zaczerpnięto z opracowań Głównego Urzędu Statystycznego, publikowanych na stronie internetowej <https://stat.gov.pl/> (*GUS CPI 2024*; zob. Załącznik 18.8).

Na oszacowanie kosztów powikłań w modelu składały się koszty leczenia epizodu, ponoszone w chwili jego wystąpienia oraz opcjonalnie długookresowe koszty naliczane w kolejnych latach po wystąpieniu zdarzenia. W przypadku zdarzeń sercowo-naczyniowych, które z definicji mają najczęściej charakter epizodów, a nie stanów przewlekłych, największy koszt ponoszony jest w początkowym okresie leczenia (hospitalizacje, zabiegi), a ewentualne koszty długookresowe wynikają z uwzględnienia np. profilaktyki wtórnej lub ryzyka kolejnych epizodów. Z kolei niewydolność nerek ma charakter schorzenia przewlekłego, gdzie leczenie jest długotrwałe (najczęściej do końca życia chorego) a jego koszt względnie stały w czasie.

W analizie podstawowej, tak samo jak w *AE Jardiance 2017*, przyjęto wartości uśrednione spośród oszacowań dla poszczególnych zdarzeń.

W przypadku źródeł, w których koszty podano z pojedynczej perspektywy (wyłącznie perspektywa płatnika lub wyłącznie perspektywa wspólna płatnika publicznego i pacjentów) założono, że koszty z obu tych perspektyw są jednakowe; założenie to jest uzasadnione znikomym udziałem świadczeniobiorców w koszcie całkowitym we wszystkich analizach, w których wyniki były dostępne dla obu perspektyw.

Koszty powikłań uwzględnione w modelu w analizie podstawowej przedstawiono tabeli poniżej.

Tabela 19. Koszty powikłań uwzględnione w modelu – analiza podstawowa.

Powikłanie cukrzycy typu 2	Koszt epizodu *	
	Perspektywa płatnika publicznego (PPP)	Perspektywa wspólna (PPP+P)
Zawał serca niezakończony zgonem	15 977 zł	16 116 zł
Udar mózgu niezakończony zgonem	23 398 zł	23 404 zł
Niestabilna dławica piersiowa	1 115 zł	1 148 zł
Hospitalizacja z powodu niewydolności serca	7 531 zł	7 536 zł
Przemijający napad niedokrwienny mózgu	6 339 zł	6 339 zł

Jardiance® (empagliflozyna) u pacjentów z cukrzycą typu 2 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$  i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

Powikłanie cukrzycy typu 2	Koszt epizodu *	
	Perspektywa płatnika publicznego (PPP)	Perspektywa wspólna (PPP+P)
Rewaskularyzacja mięśnia sercowego	10 340 zł	10 340 zł
Zgon z powodów sercowo-naczyniowych	6 517 zł	6 517 zł
Rozwinięcie się makroalbuminurii	0 zł	0 zł
Uszkodzenie nerek	4 359 zł	4 359 zł
Niewydolność nerek (rozpoczęcie terapii nerkozastępczej)	104 610 zł (Rok 1); 100 959 zł (Kolejne lata)	104 610 zł (Rok 1); 100 959 zł (Kolejne lata)

\* Koszt jednorazowy, za wyjątkiem niewydolności nerek, która wymaga leczenia przewlekłego do końca życia chorego.

W analizie wrażliwości testowano natomiast warianty, w których przyjęto minimalne (maksymalne) wartości kosztów poszczególnych powikłań z wykorzystanych źródeł. Wyniki oszacowań przedstawiono w kolejnej tabeli.

Tabela 20. Koszty powikłań uwzględnione w modelu – analiza wrażliwości.

Powikłanie cukrzycy typu 2		Koszt epizodu *	
		Perspektywa płatnika publicznego	Perspektywa wspólna
Zawał serca niezakończony zgonem	Analiza wrażliwości: min	13 236 zł	13 236 zł
	Analiza wrażliwości: max	17 749 zł	17 749 zł
Udar mózgu niezakończony zgonem	Analiza wrażliwości: min	17 089 zł	17 089 zł
	Analiza wrażliwości: max	41 155 zł	41 155 zł
Niestabilna dławica piersiowa	Analiza wrażliwości: min	1 109 zł	1 122 zł
	Analiza wrażliwości: max	1 122 zł	1 175 zł
Niewydolność serca	Analiza wrażliwości: min	4 743 zł	4 743 zł
	Analiza wrażliwości: max	10 685 zł	10 685 zł
Przemijający napad niedokrwienny mózgu	Analiza wrażliwości: min	3 835 zł	3 835 zł
	Analiza wrażliwości: max	7 375 zł	7 375 zł
Rewaskularyzacja mięśnia sercowego	Analiza wrażliwości: min	6 294 zł	6 294 zł
	Analiza wrażliwości: max	14 386 zł	14 386 zł
Zgon z powodów sercowo-naczyniowych	Analiza wrażliwości: min	3 237 zł	3 237 zł
	Analiza wrażliwości: max	13 455 zł	13 455 zł
Rozwinięcie się makroalbuminurii	Analiza wrażliwości: min	0 zł	0 zł
	Analiza wrażliwości: max	0 zł	0 zł
Uszkodzenie nerek	Analiza wrażliwości: min	2 179 zł	2 179 zł
	Analiza wrażliwości: max	6 538 zł	6 538 zł
	Analiza wrażliwości: min	75 658 zł	75 658 zł

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$   
i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

Powikłanie cukrzycy typu 2		Koszt epizodu *	
		Perspektywa płatnika publicznego	Perspektywa wspólna
Niewydolność nerek (rozpoczęcie terapii nerkozastępczej)	Analiza wrażliwości: max	123 083 zł	123 083 zł

\* Koszt jednorazowy, za wyjątkiem niewydolności nerek, która wymaga leczenia przewlekłego do końca życia chorego.

W ramach analizy wrażliwości uwzględniono ponadto koszty leczenia następujących zdarzeń poza rokiem wystąpienia epizodu: zawał serca, udar mózgu, niestabilna dławica piersiowa oraz niewydolność serca. Wyniki podsumowano w poniższej tabeli.

Tabela 21. Długookresowy (>1 rok po wystąpieniu epizodu) koszt leczenia powikłań cukrzycy typu 2 – analiza wrażliwości.

Powikłanie cukrzycy typu 2	Kolejne lata po wystąpieniu epizodu (koszt roczny)	
	Perspektywa płatnika publicznego	Perspektywa wspólna
Zawał serca niezakończony zgonem	7 055 zł	7 061 zł
Udar mózgu niezakończony zgonem	3 986 zł	4 028 zł
Niestabilna dławica piersiowa	1 115 zł	1 148 zł
Niewydolność serca	7 531 zł	7 536 zł

Szczegółowe kalkulacje średnich kosztów są dostępne w wersji elektronicznej modelu ekonomicznego, dodanego jako załącznik do niniejszej analizy.

## 9 Podsumowanie głównych założeń modelu

W poniższej tabeli przedstawiono kluczowe założenia modelu globalnego.

Tabela 22. Podsumowanie założeń modelu ekonomicznego.

Założenie	Uzasadnienie / źródło
Częstość występowania poszczególnych zdarzeń klinicznych w praktyce klinicznej będzie odzwierciedlała częstość ich występowania w badaniu <i>EMPA-REG OUTCOME</i>	Konstrukcja badania uwzględni standardową praktykę kliniczną w kontrolowaniu poziomu HbA1c oraz pozostałych czynników ryzyka, zgodną z aktualnymi wytycznymi polskimi i międzynarodowymi ( <i>PTD 2023</i> ), w związku z czym warunki badania eksperymentalnego nie odbiegały znacząco od warunków rzeczywistych
Efekt starzenia się oraz niemodelowanych chorób współistniejących zostały uwzględnione w kształcie ekstrapolacji statystycznych	Efekty te powinny być skorelowane ze starzeniem się, co zostało wyraźnie uwzględnione w rozkładach czasu do wystąpienia zdarzeń klinicznych. Rola jakichkolwiek czynników zakłócających poza wpływem empagliflozyny będzie zrównoważona pomiędzy ramionami, zmniejszając wpływ na wszelkie nieuwzględnione efekty.

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$  i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

Założenie	Uzasadnienie / źródło
Efekty związane z rzadko występującymi powikłaniami cukrzycy, takimi jak ślepotą czy amputacje, są niewielkie	Częstość zdarzeń zaawansowanej mikroangiopatii była zbyt niska, by możliwe było ich uchwycenie w badaniu <i>EMPA-REG OUTCOME</i> (Zinman 2015). W niezależnych badaniach wykazano (m.in. <i>UKPDS 1998</i> ), że ryzyko zdarzeń mikronaczyniowych można przewidzieć poprzez zmiany poziomu HbA1c, który był zbliżony w obydwu ramionach badania, ograniczając możliwy wpływ zdarzeń na wyniki inkrementalne.
Efekty i koszty związane z zakażeniem dróg moczowych oraz z zakażeniem narządów płciowych są niewielkie	[Redacted]
Zdarzenia kliniczne sercowo-naczyniowe skutkują jedynie jednorazowym kosztem	Założenie upraszczające. Wykazano, że występowanie zdarzeń klinicznych ma wpływ na długoterminowe koszty, jednakże koszty te obejmują zwiększone ryzyko przyszłych zdarzeń, co zostało uwzględnione w modelu. W celu uniknięcia ryzyka podwójnego naliczenia odległych kosztów powikłań, długoterminowe koszty związane z każdym zdarzeniem klinicznym zostały ustawione na 0 zł.
Efekt leczenia empagliflozyną w każdym rodzaju zdarzeń utrzymuje się w obrębie subpopulacji	Założenie upraszczające. W analizowanych subpopulacjach z badania, istotny związek ze skutecznością leczenia dla pierwszorzędowych punktów końcowych wykazano jedynie dla wyjściowego poziomu HbA1c, a zróżnicowanie skuteczności leczenia w ocenie zgonów sercowo-naczyniowych – dla wyjściowej wartości BMI.

## 10 Zestawienie parametrów modelu

### 10.1 Analiza podstawowa

Poniżej przedstawiono tabelaryczne zestawienie wartości parametrów modelu, na podstawie których dokonano obliczeń w analizie podstawowej. Szczegółowe omówienie założeń oraz źródeł oszacowań poszczególnych parametrów przedstawiono w metodyce (zob. Rozdziały 4-9).

Tabela 23. Zestawienie parametrów modelu – analiza podstawowa.

Parametr modelu	Wartość w analizie podstawowej
<b>Wyjściowa charakterystyka demograficzno-kliniczna</b>	
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$  i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

Parametr modelu	Wartość w analizie podstawowej
[REDACTED]	■
[REDACTED]	■
[REDACTED]	■
<b>Historia powikłań cukrzycy</b>	
[REDACTED]	■
[REDACTED]	■
[REDACTED]	■
[REDACTED]	■
[REDACTED]	■
[REDACTED]	■
[REDACTED]	■
[REDACTED]	■
<b>Parametry modeli czasu do wystąpienia zdarzeń klinicznych</b>	
Zawał serca niezakończony zgonem	Model wykładniczy; parametry – zob. Tabela 64
Udar mózgu niezakończony zgonem	Model Weibulla; parametry – zob. Tabela 64
Niestabilna dławica piersiowa	Model wykładniczy; parametry – zob. Tabela 64
Hospitalizacja z powodu niewydolności serca	Model Weibulla; parametry – zob. Tabela 64
Przemijający napad niedokrwienny mózgu	Model wykładniczy; parametry – zob. Tabela 64
Rewaskularyzacja mięśnia sercowego	Model wykładniczy; parametry – zob. Tabela 64
Zgon sercowo-naczyniowy	Model Weibulla; parametry – zob. Tabela 64
Progresja do makroalbuminurii	Model Gompertza; parametry – zob. Tabela 64
Uszkodzenie nerek	Model wykładniczy; parametry – zob. Tabela 64
Niewydolność nerek (rozpoczęcie terapii nerkozastępczej)	Model wykładniczy; parametry – zob. Tabela 64
<b>Skuteczność kliniczna EMPA – współczynnik regresji (=ln(HR)) w modelach czasu do wystąpienia zdarzeń klinicznych</b>	
Zawał serca niezakończony zgonem	■
Udar mózgu niezakończony zgonem	■
Niestabilna dławica piersiowa	■
Hospitalizacja z powodu niewydolności serca	■
Przemijający napad niedokrwienny mózgu	■
Rewaskularyzacja mięśnia sercowego	■
Zgon sercowo-naczyniowy	■
Progresja do makroalbuminurii	■
Uszkodzenie nerek	■
Niewydolność nerek (rozpoczęcie terapii nerkozastępczej)	■

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$   
 i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

Parametr modelu	Wartość w analizie podstawowej
<b>Umieralność z innych przyczyn (niż sercowo-naczyniowe)</b>	
Czas do zgonu z innych przyczyn	Model Gomperta; parametry: $\lambda = 0,00011$ , $\gamma = 0,08315$ (mężczyźni) $\lambda = 0,00005$ , $\gamma = 0,08526$ (kobiety)
<b>Użyteczności stanów zdrowia</b>	
Cukrzyca typu 2 bez powikłań	0,785
Zawał serca niezakończony zgonem	-0,047 *
Udar mózgu niezakończony zgonem	-0,060 *
Niestabilna dławica piersiowa	-0,047 *
Hospitalizacja z powodu niewydolności serca	-0,050 *
Przemijający napad niedokrwienny mózgu	-0,070 *
Rewaskularyzacja mięśnia sercowego	-0,030 *
Progresja do makroalbuminurii	-0,038 *
Uszkodzenie nerek	-0,038 *
Niewydolność nerek (rozpoczęcie terapii nerkozastępczej)	-0,038 *
Obecność 2 powikłań	0,017 *
Obecność 3 powikłań	0,042 *
Obecność 4 powikłań	0,070 *
Obecność $\geq 5$ powikłań	0,087 *
<b>Koszt jednostkowy leków przeciwcukrzycowych</b>	
Koszt dzienny empagliflozyny (bez uwzględnienia RSS)	■ (PPP); ■ (PPP+P)
Koszt dzienny empagliflozyny (z uwzględnieniem RSS)	■ (PPP); ■ (PPP+P)
Koszt standardowej farmakoterapii przeciwcukrzycowej	0 (nie uwzględniono w analizie podstawowej)
<b>Koszty powikłań cukrzycy</b>	
Zawał serca niezakończony zgonem	15 977 zł (PPP); 16 116 zł (PPP+P)
Udar mózgu niezakończony zgonem	23 398 zł (PPP); 23 404 zł (PPP+P)
Niestabilna dławica piersiowa	1 115 zł (PPP); 1 148 zł (PPP+P)
Hospitalizacja z powodu niewydolności serca	7 531 zł (PPP); 7 536 zł (PPP+P)
Przemijający napad niedokrwienny mózgu	6 339 zł (PPP); 6 339 zł (PPP+P)
Rewaskularyzacja mięśnia sercowego	10 340 zł (PPP); 10 340 zł (PPP+P)
Zgon sercowo-naczyniowy	6 517 zł (PPP); 6 517 zł (PPP+P)
Progresja do makroalbuminurii	0 zł (PPP); 0 zł (PPP+P)
Uszkodzenie nerek	4 359 zł (PPP); 4 359 zł (PPP+P)
Niewydolność nerek (rozpoczęcie terapii nerkozastępczej)	Rok 1: 104 610 zł, Kolejne lata: 100 959 zł (PPP); Rok 1: 104 610 zł, Kolejne lata: 100 959 zł (PPP+P)

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$   
i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym



Parametr modelu	Wartość w analizie podstawowej
<b>Dyskontowanie</b>	
Roczna stopa dyskontowania kosztów	5,0%
Roczna stopa dyskontowania wyników	3,5%
<b>Horyzont czasowy</b>	
Horyzont czasowy	dożywotni
<b>Mikrosymulacja</b>	
Liczba prób symulacji (pacjentów)	5 000

\* zmiana użyteczności (ujemne wartości oznaczają redukcję, a wartości dodatnie – przyrost użyteczności względem wartości wyjściowej).

W kolejnej tabeli przedstawiono w skrócie tabelaryczne zestawienie najważniejszych założeń, na podstawie których dokonano oszacowań w analizie podstawowej.

Tabela 24. Wyszczególnienie założeń przyjętych w analizie podstawowej.

Założenie w modelu	Wyjaśnienie
Populacja	Populację docelową dla produktu leczniczego Jardiance® stanowią pacjenci z cukrzycą typu 2 stosujący co najmniej jeden lek przeciwcukrzycowy, z niewystarczająco kontrolowaną cukrzycą oraz z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym. Populacja uwzględniona w analizie jest zgodna ze wskazaniem refundacyjnym określonym we wniosku o objęcie refundacją i ustalenie urzędowej ceny zbytu produktu leczniczego Jardiance® 10 mg tabletki powlekane.
Interwencja i komparatory	Rozważaną interwencją stanowi zastosowanie produktu leczniczego Jardiance® (empagliflozyna) w leczeniu pacjentów z cukrzycą typu 2 stosujących co najmniej jeden lek przeciwcukrzycowy, z niewystarczająco kontrolowaną cukrzycą oraz z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym. Zalecana dawka empagliflozyny wynosi 10 mg raz na dobę w monoterapii oraz w terapii skojarzonej z innymi hipoglikemizującymi produktami leczniczymi włącznie z insuliną. Empagliflozyna stanowi terapię dodaną do aktualnego leczenia przeciwcukrzycowego, w związku z czym odpowiednim komparatorem dla wnioskowanej interwencji w badaniach klinicznych jest kontynuacja dotychczasowej, standardowej terapii przeciwcukrzycowej. Podsumowując, analiza ekonomiczna obejmowała porównanie strategii EMPA+STD vs STD
Miara wyników zdrowotnych i technika analityczna	Biorąc pod uwagę wpływ rozważanego problemu zdrowotnego na jakość i długość życia chorych oraz istotne różnice w skuteczności leczenia między ocenianą interwencją a komparatorem, za najbardziej odpowiednią technikę analityczną w ocenie ekonomicznej empagliflozyny uznano analizę kosztów-użyteczności (CUA) oraz analizę kosztów-efektywności (CEA). Jednostkę wyników zdrowotnych w analizie ekonomicznej stanowiły: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ w analizie kosztów-użyteczności (CUA) – lata życia skorygowane o jakość (QALY)</li> <li>▪ w analizie kosztów-efektywności (CEA)- zyskane lata życia (LYG).</li> </ul> W ramach zestawienia kosztów i użyteczności przedstawiono oszacowania kosztów (z wyszczególnieniem kosztów leków przeciwcukrzycowych i kosztów leczenia poszczególnych powikłań) oraz wyników zdrowotnych porównywanych strategii leczenia. Zgodnie z obowiązującym progiem kosztowej efektywności dla technologii medycznych w Polsce, strategię uznawano za opłacalną w przypadku, gdy koszt uzyskania dodatkowego QALY (w CEA: LYG) nie przekraczał 190 380 zł.

Jardiance® (empagliflozyna) u pacjentów z cukrzycą typu 2 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$  i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

Założenie w modelu	Wyjaśnienie
Perspektywa analizy	W analizie przyjęto perspektywę wspólną podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych i pacjentów (PPP+P), a także perspektywę tylko podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych (PPP), uwzględniając koszty bezpośrednie związane z rozważanym problemem zdrowotnym.
Horyzont czasowy	Cukrzyca typu 2 jest chorobą przewlekłą, wymagającą przez większość czasu jej trwania zaangażowania zasobów systemu ochrony zdrowia. W związku z tym w analizie podstawowej kosztów-użyteczności przyjęto dożywotni horyzont czasowy, zalecany przez polskie wytyczne HTA w przypadku technologii medycznych, których wyniki i koszty ujawniają się w ciągu całego życia chorego (AOTMiT 2016).
Dyskontowanie	W analizie podstawowej przyjęto stopę dyskontową na poziomie 5% rocznie dla kosztów i 3,5% dla wyników zdrowotnych.
Źródła danych klinicznych	Kluczowym źródłem danych klinicznych w modelu było randomizowane badanie <i>EMPA-REG OUTCOME</i> , na podstawie którego oszacowano długoletnie ryzyka powikłań cukrzycy dla porównywanych strategii leczenia oraz określono charakterystykę kliniczno-demograficzną populacji docelowej. Dane dotyczące umieralności ogólnej zaczerpnięto z publikacji Głównego Urzędu Statystycznego ( <i>GUS 2023</i> ).
Modelowanie wyników zdrowotnych i skuteczność kliniczna ocenianej interwencji	W modelu uwzględniono następujące punkty końcowe, wykorzystane w modelowaniu długookresowej efektywności porównywanych interwencji: zawał serca niezakończony zgonem; udar mózgu niezakończony zgonem; niestabilna dławica piersiowa; hospitalizacja z powodu niewydolności serca; przemijająca napad niedokrwienności mózgu; rewaskularyzacja mięśnia sercowego; zgon sercowo-naczyniowy; makroalbuminuria; uszkodzenie nerek; niewydolność nerek (rozpoczęcie terapii nerkozastępczej). Na podstawie danych indywidualnych pacjentów z badania <i>EMPA-REG OUTCOME</i> wyznaczono- metodami analizy przeżycia- wieloczynnikowe modele regresji (modele proporcjonalnego hazardu: Weibulla, wykładniczy i Gompertza), na podstawie których projektowano czas do wystąpienia poszczególnych zdarzeń w horyzoncie dalszego życia chorego. Leczenie empagliflozyną stanowiło jedną ze zmiennych niezależnych modeli czasu do wystąpienia zdarzeń klinicznych, a współczynniki regresji dla zmiennej kodującej strategię leczenia – będące parametrami skuteczności EMPA w modelu – można interpretować jako logarytm hazardu względnego danego zdarzenia dla porównania empagliflozyny ze standardową terapią przeciwcukrzycową.
Użyteczności stanów zdrowia	Zgodnie z wytycznymi HTA, użyteczności stanów zdrowotnych modelu określono w oparciu o przegląd systematyczny użyteczności ( <i>AOTMiT 2016</i> ). W analizie podstawowej wykorzystano zestaw użyteczności EQ-5D opublikowany w badaniu <i>Sullivan 2016</i> . Przyjęte źródło danych uznano za najbardziej odpowiednie, biorąc pod uwagę następujące przesłanki: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ W badaniu <i>Sullivan 2016</i> oceniano najszersze – spośród zidentyfikowanych badań użyteczności – spektrum chorób towarzyszących cukrzycy zgodnych z definicją stanów zdrowotnych modelu. Wybór badania <i>Sullivan 2016</i> odpowiada zatem zalecanemu w Wytycznych AOTMiT dążeniu do uwzględniania w modelu zestawu użyteczności pochodzących możliwie z jednego badania.</li> <li>▪ Zgodnie z Wytycznymi AOTMiT, preferowane jest użycie użyteczności EQ-5D.</li> <li>▪ Użyteczności z badania <i>Sullivan 2016</i> pochodzą z dużej (n = 20 705), reprezentatywnej na poziomie narodowym populacji chorych z cukrzycą.</li> </ul> Użyteczność wyjściową zaczerpnięto z badania <i>Clarke 2002</i> (wartość EQ-5D u chorych bez powikłań). Utratę użyteczności związaną z powikłaniami naliczano w modelu długookresowo, tj. od momentu wystąpienia danego zdarzenia klinicznego do zgonu chorego.

## 10.2 Deterministyczna analiza wrażliwości

Celem identyfikacji niepewnych parametrów modelu oraz oceny wpływu zmiany ich wartości na wynik końcowy analizy podstawowej kosztów-użyteczności przeprowadzono jednokierunkową analizę wrażliwości. W tabeli poniżej podsumowano testowane w ramach AW warianty.

Tabela 25. Lista wariantów deterministycznej analizy wrażliwości.

Kategoria parametrów modelu	LP	Wariant analizy wrażliwości
Globalne	1	brak dyskontowania
	2	horyzont czasowy: 10 lat
Warunki refundacji leku Jardiance®	3	bez uwzględnienia Jardiance w wykazie D2 (bezpłatnie dla 65+)
	4	Jardiance podstawą limitu w grupie
Skuteczność kliniczna EMPA	5	minimalna skuteczność EMPA w redukcji zdarzeń CV
	6	maksymalna skuteczność EMPA w redukcji zdarzeń CV
	7	minimalna skuteczność EMPA w redukcji zdarzeń mikronaczyniowych
	8	maksymalna skuteczność EMPA w redukcji zdarzeń mikronaczyniowych
	9	skuteczność EMPA z uwzględnieniem punktów istotnych statystycznie
Użyteczności	10	minimalna utrata użyteczności dla powikłań
	11	maksymalna utrata użyteczności dla powikłań
	12	alternatywny zestaw użyteczności ( <i>Beaudet 2014</i> )
	13	użyteczność bazowa z populacji polskiej ( <i>Golicki 2015</i> )
Koszty i zużycia zasobów	14	minimalne koszty powikłań
	15	maksymalne koszty powikłań
	16	uwzględnienie kosztów powikłań w kolejnych latach
	17	uwzględnienie kosztów innych leków przeciwcukrzycowych (wszystkie)
	18	uwzględnienie kosztów innych leków przeciwcukrzycowych (refundowane)
Charakterystyka kliniczno-demograficzna	19	dawka EMPA zgodna z DDD
	20	kohorta- chorzy po zawale serca
	21	kohorta- chorzy po udarze mózgu
Stosowane prezentacje produktu Jardiance	22	kohorta europejska
	23	Jardiance 10 mg, 28 tabl. (100%)
	24	Jardiance 10 mg, 30 tabl. (100%)
	25	Jardiance 10 mg, 14 tabl. (100%)
	26	Jardiance 10 mg, 60 tabl. (100%)
	27	

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$  i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

Kategoria parametrów modelu	LP	Wariant analizy wrażliwości
[REDACTED]	28	[REDACTED]
[REDACTED]	29	[REDACTED]

Zgodnie z minimalnymi wymaganiami (MZ 24/10/2023), w tabeli poniżej przedstawiono zakresy zmienności wartości wykorzystanych do uzyskania oszacowań wykonanych w analizie podstawowej i ich uzasadnienie.

Tabela 26. Deterministyczna analiza wrażliwości – testowane założenia.

Parametr	Wartość / założenie w analizie podstawowej	Wartości / założenia przyjęte w analizie wrażliwości	Uzasadnienie zakresu zmienności
Roczna stopa dyskontowa	koszty – 5%; efekty – 3,5%	koszty – 0%; efekty – 0%	Zakres zmienności przyjęty zgodnie z wytycznymi AOTMiT 2016
Horyzont analizy	Dożywotni	10 lat	Rozważenie pośredniego horyzontu czasowego miało na celu zbadanie, w jakim stopniu wyniki analizy zależą od modelowania odległych powikłań cukrzycy – założenie arbitralne.
Dostępność Jardiance w wykazie D2 (leki bezpłatne dla osób 65+)	Uwzględniono (u [REDACTED] pacjentów)	Nie uwzględniono	Wariant ma na celu ocenę opłacalności Jardiance wyłącznie w ramach wykazu leków dostępnych w aptece na receptę (A1) za częściową odpłatnością
Podstawa limitu w grupie flozyn	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
Skuteczność EMPA w redukcji zdarzeń sercowo-naczyniowych	[REDACTED]	[REDACTED]	W oparciu o przedziały ufności dla podstawowych oszacowań (górną granicę 95% CI dla współczynników regresji z modeli parametrycznych dopasowanych do indywidualnych danych pacjentów z badania EMPA-REG OUTCOME)

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$  i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

Parametr	Wartość / założenie w analizie podstawowej	Wartości / założenia przyjęte w analizie wrażliwości	Uzasadnienie zakresu zmienności
			W oparciu o przedziały ufności dla podstawowych oszacowań (dolna granica 95% CI dla współczynników regresji z modeli parametrycznych dopasowanych do indywidualnych danych pacjentów z badania <i>EMPA-REG OUTCOME</i> )
Skuteczność EMPA w redukcji zdarzeń mikro-naczyniowych			W oparciu o przedziały ufności dla podstawowych oszacowań (górną granicę 95% CI dla współczynników regresji z modeli parametrycznych dopasowanych do indywidualnych danych pacjentów z badania <i>EMPA-REG OUTCOME</i> )
			W oparciu o przedziały ufności dla podstawowych oszacowań (dolną granicę 95% CI dla współczynników regresji z modeli parametrycznych dopasowanych do indywidualnych danych pacjentów z badania <i>EMPA-REG OUTCOME</i> )
Skuteczność EMPA	Z uwzględnieniem wpływu EMPA na wszystkie zdarzenia kliniczne		

Parametr	Wartość / założenie w analizie podstawowej	Wartości / założenia przyjęte w analizie wrażliwości	Uzasadnienie zakresu zmienności
Utrata użyteczności związana z powikłaniami cukrzycy	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zawał serca: -0,047</li> <li>▪ Udar mózgu: -0,060</li> <li>▪ Niestabilna dławica piersiowa: -0,047</li> <li>▪ Niewydolność serca: -0,050</li> <li>▪ Przemijający napad niedokrwienny mózgu: -0,070</li> <li>▪ Rewaskularyzacja: -0,030</li> <li>▪ Makroalbuminuria: -0,038</li> <li>▪ Uszkodzenie nerek: -0,038</li> <li>▪ Niewydolność nerek: -0,038</li> <li>▪ Obecność 2 powikłań: 0,017</li> <li>▪ Obecność 3 powikłań: 0,042</li> <li>▪ Obecność 4 powikłań: 0,070</li> <li>▪ Obecność ≥5 powikłań: 0,087</li> </ul>	<p>Minimalna utrata użyteczności:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zawał serca: -0,036</li> <li>▪ Udar mózgu: -0,046</li> <li>▪ Niestabilna dławica piersiowa: -0,036</li> <li>▪ Niewydolność serca: -0,036</li> <li>▪ Przemijający napad niedokrwienny mózgu: -0,008</li> <li>▪ Rewaskularyzacja: -0,030</li> <li>▪ Makroalbuminuria: -0,016</li> <li>▪ Uszkodzenie nerek: -0,016</li> <li>▪ Niewydolność nerek: -0,016</li> <li>▪ Obecność 2 powikłań: 0,029</li> <li>▪ Obecność 3 powikłań: 0,064</li> <li>▪ Obecność 4 powikłań: 0,104</li> <li>▪ Obecność ≥5 powikłań: 0,130</li> </ul>	W oparciu o przedziały ufności dla podstawowych oszacowań (górną granicę 95% CI; <i>Sullivan 2016</i> )
		<p>Maksymalna utrata użyteczności:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zawał serca: -0,057</li> <li>▪ Udar mózgu: -0,074</li> <li>▪ Niestabilna dławica piersiowa: -0,0457</li> <li>▪ Niewydolność serca: -0,064</li> <li>▪ Przemijający napad niedokrwienny mózgu: -0,131</li> <li>▪ Rewaskularyzacja: -0,030</li> <li>▪ Makroalbuminuria: -0,059</li> <li>▪ Uszkodzenie nerek: -0,059</li> <li>▪ Niewydolność nerek: -0,059</li> <li>▪ Obecność 2 powikłań: 0,004</li> <li>▪ Obecność 3 powikłań: 0,019</li> <li>▪ Obecność 4 powikłań: 0,037</li> <li>▪ Obecność ≥5 powikłań: 0,044</li> </ul>	W oparciu o przedziały ufności dla podstawowych oszacowań (dolną granicę 95% CI; <i>Sullivan 2016</i> )
		<p>Alternatywny zestaw użyteczności, rekomendowany w publikowanym PS (<i>Beaudet 2014</i>):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zawał serca: -0,055</li> <li>▪ Udar mózgu: -0,164</li> <li>▪ Niestabilna dławica piersiowa: -0,090</li> <li>▪ Niewydolność serca: -0,108</li> <li>▪ Makroalbuminuria: -0,048</li> <li>▪ Uszkodzenie nerek: -0,048</li> <li>▪ Niewydolność nerek: -0,184</li> </ul> <p>Utratę użyteczności dla pozostałych zdarzeń (nieujętych w przeglądzie <i>Beaudet 2014</i>) przyjęto jak w analizie podstawowej</p>	Zakres zmienności w oparciu o publikowany przegląd użyteczności ( <i>Beaudet 2014</i> )

Parametr	Wartość / założenie w analizie podstawowej	Wartości / założenia przyjęte w analizie wrażliwości	Uzasadnienie zakresu zmienności
Użyteczność bazowa	0,785	0,792	Alternatywne źródło danych, pochodzące z populacji polskich pacjentów z T2DM (na podst. <i>Golicki 2015</i> )
Koszty powikłań cukrzycy	Zmienna tabelaryczna (Tabela 19)	Oszacowanie minimalne: Zmienna tabelaryczna (Tabela 20)  Oszacowanie maksymalne: Zmienna tabelaryczna (Tabela 20)	Na podstawie danych źródłowych wykorzystanych w <i>AE Jardiance 2017</i> (uzasadnienie zob. Rozdział 8.2)
Odległe koszty powikłań	Nie uwzględniono (poza schyłkową niewydolnością nerek, która wymaga ciągłego i długotrwałego leczenia)	Uwzględniono dodatkowo dla następujących zdarzeń (koszt/rok): Zmienna tabelaryczna (Tabela 21)	Na podstawie danych źródłowych wykorzystanych w <i>AE Jardiance 2017</i> (uzasadnienie zob. Rozdział 8.2)
Koszty innych (poza EMPA) leków przeciwcukrzycowych	Nie uwzględniono	Uwzględniono leki nierefundowane i refundowane (koszt dzienny): PPP+P: 3,94 zł (STD) 3,54 zł (EMPA+STD); PPP: 3,55 zł (STD) 3,20 zł (EMPA+STD) Uwzględniono wyłącznie leki refundowane (koszt dzienny): PPP+P: 3,81 zł (STD) 3,44 zł (EMPA+STD); PPP: 3,55 zł (STD) 3,20 zł (EMPA+STD)	Uzasadnienie przedstawiono w Rozdziale 8.1.2
Dawka empagliflozyny	10 mg/d	17,5 mg/d	Dawka na poziomie DDD dla empagliflozyny
Charakterystyka kliniczno-demograficzna	Populacja ITT badania <i>EMPA-REG OUTCOME</i>	Kohorta chorych po zawale serca Kohorta chorych po udarze mózgu Kohorta europejska	Analiza w podgrupach miała na celu zbadanie, w jakim stopniu wyniki CUA zależą od charakterystyki kliniczno-demograficznej chorych
Stosowane prezentacje produktu Jardiance	[Redacted]	Jardiance 10 mg, 28 tabl.: 100% Jardiance 10 mg, 30 tabl.: 100% Jardiance 10 mg, 14 tabl.: 100% Jardiance 10 mg, 60 tabl.: 100%	Testowano celem zbadania wpływu na wyniki stosowania pojedynczych produktów leczniczych zawartych we wniosku
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

Wyniki analizy wrażliwości przedstawiono Rozdziale 13.

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$   
i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

### 10.3 Probabilistyczna analiza wrażliwości

W odróżnieniu od prostej analizy wrażliwości, badającej wpływ zmiany pojedynczej zmiennej na wartość inkrementalnego współczynnika kosztów-efektywności (użyteczności), probabilistyczna analiza wrażliwości (ang. *PSA, Probabilistic Sensitivity Analysis*) umożliwia jednocześnie uwzględnienie niepewności oszacowań wszystkich parametrów modelu w całym zakresie ich wartości. W ramach analizy probabilistycznej wykonuje się następujące kroki:

- przypisanie a priori rozkładów prawdopodobieństw dla niepewnych parametrów modelu, przy czym wybrane rozkłady powinny odpowiadać charakterystyce zmiennej (zmiennie ciągłe lub dyskretne, zakres możliwych wartości zmiennej, skośność rozkładu);
- losowe wybranie wartości parametrów modelu w oparciu o założone rozkłady prawdopodobieństwa;
- uruchomienie modelu dla zestawu wylosowanych parametrów;
- symulacja Monte Carlo: wielokrotne (np. 1 000 prób) powtórzenie procesu, tj. uruchomienie modelu każdorazowo dla nowo wylosowanego zestawu wartości parametrów;
- obliczenie podstawowych statystyk liczbowych (np. średnia, mediana, odchylenie standardowe, współczynniki korelacji) dla uzyskanego w symulacji dwuwymiarowego rozkładu par kosztów i efektów (oddzielnie dla każdej ze strategii oraz inkrementalnych);
- ocena niepewności wyników inkrementalnych analizy CEA (lub CUA) przy użyciu jednej lub kilku spośród następujących metod:
  - wykresu rozrzutu wyników (*scatterplot*), obrazującego graficznie rozkład par inkrementalnych kosztów i efektów uzyskanych w symulacji Monte Carlo;
  - kalkulacji przedziału ufności wokół inkrementalnego współczynnika kosztów efektywności (kosztów-użyteczności);
  - wyznaczenia krzywej akceptowalności kosztów-efektywności (ang. *Cost Effectiveness Acceptability Curve, CEAC*), obrazującej prawdopodobieństwo, że oceniana interwencja jest efektywna kosztowo względem komparatora przy zadanej wartości gotowości płatnika do zapłaty za dodatkową jednostkę efektu (*WTP*, ang. *willingness to pay*).

Wybór rozkładów prawdopodobieństwa powinien uwzględniać łączną wiedzę w odniesieniu do danego parametru. Przykładowo, jeśli oszacowanie parametru pochodzi z dużej próby badanych, rzeczywisty, nieznan rozkład prawdopodobieństwa może być przybliżony rozkładem normalnym w oparciu



o centralne twierdzenie graniczne. W przypadkach, gdy parametr z założenia przyjmuje wartości nieujemne oraz charakteryzuje się dodatnią skośnością (np. koszty), racjonalny wybór stanowi np. rozkład gamma. Z kolei klasyczny rozkład beta jest określony na przedziale jednostkowym  $[0; 1]$  i z tego względu znajduje częste zastosowanie w modelowaniu użyteczności, prawdopodobieństw i parametrów wyrażonych odsetkiem (*Briggs 2002*).

Wykorzystany model ekonomiczny empagliflozyny opierał się na mikrosymulacji, tj. serii powtórzeń modelu dla odpowiednio dużej liczby losowo wygenerowanych, indywidualnych profilów (pacjentów). W związku z powyższym probabilistyczna analiza wrażliwości wymagała przeprowadzenia dwuwymiarowej symulacji Monte Carlo, w której pierwszy poziom stanowiła zmienność wyników indywidualnych pacjentów (niepewność pierwszego rzędu), a drugi – niepewność oszacowań parametrów modelu (niepewność drugiego rzędu). Oznacza to, że całkowita liczba powtórzeń modelu jest równa iloczynowi prób mikrosymulacji w pojedynczej analizie oraz powtórzeń analizy PSA.

Probabilistyczną analizę wrażliwości przeprowadzono z użyciem 500 powtórzeń PSA dla 500 pacjentów (profilów). Innymi słowy, wykonano 500 powtórzeń mikrosymulacji z udziałem 500 indywidualnych pacjentów, przy czym każda mikrosymulacja wносиła do PSA pojedynczy zestaw wyników (średnich kosztów i wyników zdrowotnych), a w każdym z 500 powtórzeń PSA losowano nowy zestaw parametrów z zadanych rozkładów (niepewność drugiego rodzaju). Należy zaznaczyć, że użycie w pojedynczym powtórzeniu mniejszej liczby prób mikrosymulacji ( $n = 500$ ) niż w analizie podstawowej i jednokierunkowej AW ( $n = 5\,000$ ) prowadzi do zwiększenia wariacji w wynikach PSA, przy czym zabieg ten był podyktowany dużą czasochłonnością obliczeń (łączna liczba symulowanych pacjentów w PSA wynosi  $500 \times 500 = 250\,000$ ). Przeprowadzone testy wykazały jednak, że wyniki PSA są dostatecznie stabilne dla 500 prób mikrosymulacji.

W ramach PSA uwzględniono niepewność oszacowania tylko tych parametrów modelu, które nie podlegały zmienności na poziomie indywidualnej symulacji (pacjenta). Przykładowo, charakterystyki wyjściowe pacjentów, m. in. wiek, płeć, BMI, historia powikłań cukrzycy były określane indywidualnie dla każdego symulowanego pacjenta, w związku z czym nie podlegały ocenie niepewności w ramach PSA (*Briggs 2002, Halpern 2000*).

W oparciu o opisane kryteria, w analizie probabilistycznej wykorzystano następujące rozkłady prawdopodobieństwa:

**Jardiance® (empagliflozyna)**

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$   
i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

- Rozkład gamma przyjmowano dla kosztów, tj. zmiennych przyjmujących wartości nieujemne bez określonej z góry wartości maksymalnej;
- Rozkład beta zakładano dla parametrów, których wartości z definicji zawierają się w zakresie od 0 do 1, tj. użyteczności oraz wartości bezwzględnych zmian użyteczności;
- Parametry krzywych czasu do wystąpienia zdarzeń klinicznych modelowano za pomocą wielowymiarowych rozkładów normalnych, co jest uzasadnione zastosowaną metodą statystyczną analizy przeżycia (regresja) oraz istniejącą korelacją między parametrami.

Zestawienie założonych rozkładów dla poszczególnych parametrów modelu zamieszczono w poniższej tabeli.

Tabela 27. Zestawienie rozkładów prawdopodobieństwa dla parametrów modelu ekonomicznego w probabilistycznej analizie wrażliwości (PSA).

Parametr	Wartość w analizie deterministycznej	Rozkład w PSA	Parametry rozkładu	Sposób wyznaczenia parametrów rozkładu
<b>Współczynniki regresji w modelach czasu do wystąpienia zdarzeń klinicznych</b>				
<b>Parametry regresji modeli czasu do wystąpienia zdarzeń klinicznych</b>	Zob. Rozdział 18.6, Tabela 64	Normalny wielowymiarowy (dla współczynników regresji)	Współczynniki regresji przedstawiono w Rozdziale 18.6, a macierze kowariancji współczynników regresji – w Rozdziale 18.7	Na podstawie modelu regresji w analizie przeżycia
<b>Koszty</b>				
<b>Zawał serca niezakończony zgonem</b>	14 739 zł (PPP) 14 867 zł (PPP+P)	Gamma	a = 96,4, b = 165,7 (PPP) a = 92,2, b = 174,7 (PPP+P)	W oparciu o średnią i błąd standardowy obliczony jako SD z oszacowań w odnalezionych publikacjach
<b>Udar mózgu niezakończony zgonem</b>	21 585 zł (PPP) 21 591 zł (PPP+P)	Gamma	a = 10,2, b = 2292,0 (PPP) a = 10,2, b = 2290,9 (PPP+P)	W oparciu o średnią i błąd standardowy obliczony jako SD z oszacowań w odnalezionych publikacjach
<b>Niestabilna dławica piersiowa</b>	1 029 zł (PPP) 1 059 zł (PPP+P)	Gamma	a = 15170,8, b = 0,1 (PPP) a = 933,3, b = 1,2 (PPP+P)	W oparciu o średnią i błąd standardowy obliczony jako SD z oszacowań w odnalezionych publikacjach
<b>Hospitalizacja z powodu niewydolności serca</b>	6 948 zł (PPP) 6 952 zł (PPP+P)	Gamma	a = 8,8, b = 860,7 (PPP) a = 8,7, b = 863,2 (PPP+P)	W oparciu o średnią i błąd standardowy obliczony jako SD z oszacowań w odnalezionych publikacjach
<b>Przemijający napad niedokrwienny mózgu</b>	5 930 zł (PPP) 5 930 zł (PPP+P)	Gamma	a = 6,4, b = 988,6 (PPP) a = 6,4, b = 988,6 (PPP+P)	W oparciu o średnią i błąd standardowy obliczony jako SD z oszacowań w odnalezionych publikacjach

Jardiance® (empagliflozyna) u pacjentów z cukrzycą typu 2 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$  i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

Parametr	Wartość w analizie deterministycznej	Rozkład w PSA	Parametry rozkładu	Sposób wyznaczenia parametrów rozkładu
Rewaskularyzacja mięśnia sercowego	9 539 zł (PPP) 9 539 zł (PPP+P)	Gamma	a = 3,3, b = 3166,5 (PPP) a = 3,3, b = 3166,5 (PPP+P)	W oparciu o średnią i błąd standardowy obliczony jako SD z oszacowań w odnalezionych publikacjach
Zgon sercowo-naczyniowy	6 012 zł (PPP) 6 012 zł (PPP+P)	Gamma	a = 3,1, b = 2136,3 (PPP) a = 3,1, b = 2136,3 (PPP+P)	W oparciu o średnią i błąd standardowy obliczony jako SD z oszacowań w odnalezionych publikacjach
Uszkodzenie nerek	4 371 zł (PPP) 4 371 zł (PPP+P)	Gamma	a = 4,0, b = 1089,7 (PPP) a = 4,0, b = 1089,7 (PPP+P)	W oparciu o średnią i błąd standardowy obliczony jako SD z oszacowań w odnalezionych publikacjach
Niewydolność nerek (rozpoczęcie terapii nerkozastępczej) – Rok 1	96 503 zł (PPP) 96 503 zł (PPP+P)	Gamma	a = 70,3, b = 1488,3 (PPP) a = 70,3, b = 1488,3 (PPP+P)	W oparciu o średnią i błąd standardowy obliczony jako SD z oszacowań w odnalezionych publikacjach
Niewydolność nerek (rozpoczęcie terapii nerkozastępczej) – kolejne lata	93 145 zł (PPP) 93 145 zł (PPP+P)	Gamma	a = 68,5, b = 1474,4 (PPP) a = 68,5, b = 1474,4 (PPP+P)	W oparciu o średnią i błąd standardowy obliczony jako SD z oszacowań w odnalezionych publikacjach
<b>Użyteczności</b>				
Cukrzyca typu 2 bez powikłań	0,785	Beta	a = 46,3, b = 12,7	W oparciu o średnią = 0,785 i błąd standardowy = 0,053, obliczony na podstawie 95% CI = (0,681; 0,889)
Zawał serca niezakończony zgonem	-0,047	Beta	a = 73,3, b = 1486,4	W oparciu o średnią = -0,047 i błąd standardowy = 0,005, obliczony na podstawie 95% CI = (-0,057; -0,036)
Udar mózgu niezakończony zgonem	-0,060	Beta	a = 66,3, b = 1038,2	W oparciu o średnią = -0,060 i błąd standardowy = 0,007, obliczony na podstawie 95% CI = (-0,074; -0,046)
Niestabilna dławica piersiowa	-0,047	Beta	a = 73,3, b = 1486,4	W oparciu o średnią = -0,047 i błąd standardowy = 0,005, obliczony na podstawie 95% CI = (-0,057; -0,036)
Hospitalizacja z powodu niewydolności serca	-0,050	Beta	a = 46,5, b = 883,5	W oparciu o średnią = -0,050 i błąd standardowy = 0,007, obliczony na podstawie 95% CI = (-0,064; -0,036)
Przemijający napad niedokrwienny mózgu	-0,070	Beta	a = 4,6, b = 60,6	W oparciu o średnią = -0,070 i błąd standardowy = 0,031, obliczony na podstawie 95% CI = (-0,131; -0,008)

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq$ 7% i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

Parametr	Wartość w analizie deterministycznej	Rozkład w PSA	Parametry rozkładu	Sposób wyznaczenia parametrów rozkładu
Progresja do makroalbuminurii	-0,038	Beta	a = 11,5, b = 291,3	W oparciu o średnią = -0,038 i błąd standardowy = 0,011, obliczony na podstawie 95% CI = (-0,059; -0,016)
Uszkodzenie nerek	-0,038	Beta	a = 11,5, b = 291,3	W oparciu o średnią = -0,038 i błąd standardowy = 0,011, obliczony na podstawie 95% CI = (-0,059; -0,016)
Niewydolność nerek (rozpoczęcie terapii nerkowej zastępczej)	-0,038	Beta	a = 11,5, b = 291,3	W oparciu o średnią = -0,038 i błąd standardowy = 0,011, obliczony na podstawie 95% CI = (-0,059; -0,016)
Obecność 2 powikłań	0,017	Beta	a = 7,0, b = 402,9	W oparciu o średnią = 0,017 i błąd standardowy = 0,006, obliczony na podstawie 95% CI = (0,004; 0,029)
Obecność 3 powikłań	0,042	Beta	a = 12,8, b = 291,5	W oparciu o średnią = 0,042 i błąd standardowy = 0,011, obliczony na podstawie 95% CI = (0,019; 0,064)
Obecność 4 powikłań	0,070	Beta	a = 15,5, b = 206,3	W oparciu o średnią = 0,070 i błąd standardowy = 0,017, obliczony na podstawie 95% CI = (0,037; 0,104)
Obecność ≥5 powikłań	0,087	Beta	a = 14,3, b = 149,8	W oparciu o średnią = 0,087 i błąd standardowy = 0,022, obliczony na podstawie 95% CI = (0,044; 0,130)

Wyniki analizy probabilistycznej przedstawiono Rozdziale 14.

## 11 Walidacja modelu

### 11.1 Walidacja wewnętrzna modelu

Walidację wewnętrzną modelu przeprowadzono w celu ujawnienia ewentualnych błędów związanych z wprowadzaniem danych oraz strukturą modelu, z zastosowaniem standardowych procedur:

- Testowania wyników przy użyciu zerowych i skrajnych wartości,
- Testowania powtarzalności wyników przy identycznych wartościach wejściowych,
- Analizy kodu programu (poprawności formuł obliczeniowych wprowadzonych w arkuszu Microsoft Excel).

Dodatkowy element walidacji wewnętrznej stanowiła deterministyczna analiza wrażliwości, w ramach której sprawdzano, czy przy założeniu skrajnych wartości pojedynczych parametrów w obrębie zdefiniowanego zakresu wartości uzyskuje się oczekiwany kierunek zmian kosztów i wyników zdrowotnych. W każdym wariancie analizy wrażliwości wpływ zmiany parametru na koszty i efekty był logicznie uzasadniony, w szczególności:

- Przyjęcie minimalnych (maksymalnych) wartości parametrów kosztowych prowadziło do zmniejszenia (zwiększenia) kosztu całkowitego,
- Przyjęcie minimalnych (maksymalnych) wartości dla zużytych zasobów (np. średniego czasu leczenia) prowadziło do zmniejszenia (zwiększenia) kosztu całkowitego,
- Zwiększenie (redukcja) wartości użyteczności stanów zdrowotnych prowadziła do zwiększenia (zmniejszenia) efektu zdrowotnego (QALY),
- W wariantach analizy wrażliwości dotyczących użyteczności stanów zdrowia, oszacowania kosztów całkowitych nie zmieniały się,
- założenie pośredniego horyzontu czasowego prowadziło do zmniejszenia całkowitych kosztów i efektów;
- nieuwzględnienie dyskontowania kosztu (efektu) prowadziło do zwiększenia całkowitego kosztu (efektu zdrowotnego);
- w wariantach AW dotyczących użyteczności stanów zdrowia, oszacowania kosztów całkowitych nie zmieniały się;
- Modyfikacja parametrów kosztowych nie prowadziła do zmiany wyników zdrowotnych.

Szczegółowe wyniki analizy wrażliwości przedstawiono w Rozdziale 13.

## 11.2 Walidacja konwergencji

Walidację konwergencji przeprowadzono w celu porównania z innymi modelami dotyczącymi tego samego problemu zdrowotnego. W tym celu wykonano systematyczne wyszukiwanie innych badań farmakoekonomicznych dotyczących zastosowania empagliflozyny we wskazaniu leczenia cukrzycy typu 2 (Załącznik 18.2). Porównania wyników odnalezionych analiz z wynikami otrzymanymi w niniejszej analizie dokonano w Dyskusji (Rozdział 16).

## 11.3 Walidacja zewnętrzna

### 11.3.1 Ocena projekcji modelu ekonomicznego w porównaniu z wynikami badania *EMPA-REG OUTCOME*

W celu walidacji, czy wykorzystane w modelu modelowane równania ryzyka zdarzeń sercowo-naczyniowych wiarygodnie odtwarzają częstości zdarzeń obserwowane w badaniu *EMPA-REG OUTCOME*, przeprowadzono obliczenia modelu w horyzoncie 3-letnim, odpowiadającym średniemu okresowi obserwacji w tym badaniu klinicznym. Symulację wykonano dla większej niż w analizie podstawowej liczby prób (n=10 000), gdyż ze względu na krótki horyzont i wynikające z tego niewielkie liczby zdarzeń, wyniki walidacji były bardziej wrażliwe na zmienność losową towarzyszącą mikrosymulacji. Wyniki walidacji przedstawiono w tabeli poniżej.

Tabela 28. Wyniki walidacji modelu ekonomicznego.

Zdarzenie	Badanie <i>EMPA-REG OUTCOME</i> Liczba zdarzeń / 100 osobolat			Model ekonomiczny Liczba zdarzeń / 100 osobolat		
	EMPA	PBO	RR (EMPA vs PBO)	EMPA	PBO	RR (EMPA vs PBO)
Zawał serca niezakończony zgonem	1,60	1,85	0,86	1,88	2,16	0,87
Udar mózgu niezakończony zgonem	1,12	0,91	1,23	1,13	0,86	1,32
Niestabilna dławica piersiowa	1,00	1,00	1,00	1,01	1,00	1,01
Niewydolność serca	0,94	1,45	0,65	0,86	1,41	0,61
Przemijający napad niedokrwiennej mózgu	0,29	0,35	0,83	0,29	0,34	0,87
Rewaskularyzacja mięśnia sercowego	2,51	2,91	0,86	2,87	3,06	0,94
Zgon sercowo-naczyniowy	1,24	2,02	0,61	1,15	1,80	0,64

Generalnie stwierdzono wysoką zgodność wyników badania z projekcjami modelu, zarówno w ocenie bezwzględnych częstości zdarzeń w obu ramionach leczenia, jak i ryzyka względnego dla empagliflozyny. Największą rozbieżność zaobserwowano w przypadku rewaskularyzacji mięśnia sercowego, gdzie modelowany efekt empagliflozyny jest nieco mniej korzystny od obserwowanego w badaniu RCT (ryzyko względne odpowiednio 0,94 i 0,86, zob. Tabela 28).

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$  i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

### 11.3.2 Ocena projekcji modelu ekonomicznego w porównaniu z wynikami innych badań

Walidację zewnętrzną przeprowadzono ponadto poprzez porównanie projekcji modelu z wynikami innych (nie będących źródłem danych w modelu) badań długookresowych:

- w pierwszej kolejności: badań przeprowadzonych w populacji zgodnej z wnioskowaną (chorzy na T2DM ze współistniejącą chorobą sercowo-naczyniową),
- dodatkowo: badań długookresowych przeprowadzonych w populacji szerszej od wnioskowanej (chorzy na T2DM z obecnością lub bez obecności choroby sercowo-naczyniowej).

W ramach szybkiego przeglądu zidentyfikowano pięć dużych badań randomizowanych oceniających skuteczność leków przeciwcukrzycowych (inhibitorów DPP-4, agonistów GLP-1 oraz tiazolidynodionów) w porównaniu z leczeniem standardowym w populacji chorych wysokiego ryzyka sercowo-naczyniowego: *SAVOR-TIMI 53* (główna publikacja *Scirica 2013*), *EXAMINE* (*White 2013*), *TECOS* (*Green 2015*), *PROactive* (*Dormandy 2005*) i *LEADER* (*Marso 2016*). Charakterystykę tych badań w zestawieniu z *EMPA-REG OUTCOME* zamieszczono w tabeli poniżej.

Tabela 29. Badania RCT w populacji chorych na cukrzycę typu 2 z wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym.

Charakterystyka badania / populacji	SAVOR-TIMI 53	EXAMINE	TECOS	PROactive	LEADER	EMPA-REG OUTCOME / model
komparatory	Saksagliptyna vs placebo (+ STD)	Alogliptyna vs placebo (+ STD)	Sitagliptyna vs placebo (+ STD)	Pioglitazon vs placebo (+ STD)	Liraglutyd vs placebo (+STD)	Empagliflozyna vs placebo (+ STD)
N	16492	5380	14671	5238	9340	7020
średni wiek [lata]	65	61	65	62	64	63
odsetek kobiet	33%	32%	29%	34%	36%	29%
średni czas trwania cukrzycy [lata]	10	7	12	8	13	>10 (mediana)
odsetek leczonych insuliną	bd	30%	23,0%	34%	45%	48%
odsetek ze zdarzeniem sercowo-naczyniowym	78%	100%	100%	100%	82%	100%
wyjściowa wartość HbA1c	8,0%	8,0%	7,2%	7,9%	8,7%	8,1%
horyzont (mediana/średnia) [lata]	2,1	1,5	3	2,875	3,8	3
maksymalna obserwacja [lata]	2,9	3,3	5,7	3	5	4 (badanie) / dożywni (projekcje modelu)
zawał + udar + zgon z przyczyn sercowo-naczyniowych	Tak (max obs. 900 dni)	Tak (max obs. 30 mies.)	Tak (max obs. 48 mies.)	Tak (max obs. 36 mies.) *	Tak (max obs. 54 mies.)	Tak
zgon z przyczyn sercowo-naczyniowych	Tak (max obs. 24 mies.)	Tak (max obs. 30 mies.)	Nie	Nie	Tak (max obs. 54 mies.)	Tak
zgon z dowolnej przyczyny	Tak (max obs. 24 mies.)	Tak (max obs. 30 mies.)	Tak (max obs. 48 mies.)	Nie	Tak (max obs. 54 mies.)	Tak

\* w definicji punktu końcowego uwzględniono zgony ze wszystkich przyczyn; badanie uwzględniono w walidacji uznając, że w stosunkowo krótkim horyzoncie analizy spodziewany udział zgonów z przyczyn innych niż sercowo-naczyniowych w łącznej liczbie zdarzeń dla zdefiniowanego punktu końcowego będzie niewielki.

Dane z odnalezionych badań pozwoliły na porównanie projekcji modelu w horyzoncie 2-4 lat dla następujących punktów końcowych: zawał + udar + zgon z przyczyn sercowo-naczyniowych (pierwszorzędowy punkt końcowy badania *EMPA-REG OUTCOME*), zgon z przyczyn sercowo-naczyniowych oraz zgon z dowolnej przyczyny. W tym celu z publikowanych krzywych Kaplana-Meiera dla odnalezionych badań odczytano skumulowane prawdopodobieństwa zdarzeń w punktach czasowych 2, 3 i 4 lat (w zależności od

Jardiance® (empagliflozyna) u pacjentów z cukrzycą typu 2 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$  i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym



maksymalnej obserwacji w poszczególnych badaniach), a projekcje modelu ekonomicznego w ww. okresach obliczono poprzez symulację modelu w horyzoncie odpowiednio 2, 3 i 4 lat. Ze względu na fakt, że oceniane w poszczególnych badaniach terapie eksperymentalne mogą różnić się skutecznością, w ramach walidacji porównywano wyłącznie wyniki dla ramion leczenia standardowego. Wyniki walidacji przedstawiono w tabeli.

Tabela 30. Walidacja zewnętrzna modelu w oparciu o wyniki badań RCT przeprowadzonych w populacji zgodnej z wnioskowaną (chorzy na cukrzycę typu 2 z chorobą sercowo-naczyniową).

Punkt końcowy	Horyzont	Skumulowany odsetek chorych ze zdarzeniem (grupa leczona STD)					
		SAVOR-TIMI 53	EXAMINE	TECOS	PROactive	LEADER	Model
zawał + udar + zgon z przyczyn sercowo-naczyniowych	2 lata	7%	14%	7%	10%	8%	8%
	3 lata	-	-	10%	14%	12%	12%
	4 lata	-	-	12%	-	15%	16%
zgon z przyczyn sercowo-naczyniowych	2 lata	3%	5%	-	-	3%	3%
	3 lata	-	-	-	-	5%	5%
	4 lata	-	-	-	-	6%	7%
zgon z dowolnej przyczyny	2 lata	4%	7%	4%	-	4%	7%
	3 lata	-	-	7%	-	7%	11%
	4 lata	-	-	10%	-	10%	16%

W horyzoncie maksymalnie 4 lat obserwacji, projekcje modelu ekonomicznego nie odbiegają znacząco od wyników zdrowotnych leczenia standardowego cukrzycy w innych badaniach przeprowadzonych w zbliżonych populacjach pacjentów z wyjściową obecnością zdarzeń sercowo-naczyniowych. W szczególności, w ocenie głównego punktu końcowego projekcje modelu zawierają się pomiędzy skrajnymi oszacowaniami z innych badań. Nieco wyższą śmiertelność z dowolnej przyczyny projektowaną w modelu ekonomicznym można częściowo tłumaczyć faktem, że w modelu wykorzystano specyficzne dla Polski prawdopodobieństwa zgonu, które mogą być wyższe niż w populacjach krajów, w których przeprowadzono badania kliniczne.

Dodatkową walidację w dłuższym horyzoncie czasowym (5-8 lat) wykonano w oparciu o wyniki dużych, wieloletnich badań klinicznych oceniających wpływ różnych strategii kontroli glikemii na częstość makroangiopatii w szerszej populacji chorych z cukrzycą typu 2 (bez ograniczenia na wyjściową obecność zdarzeń sercowo-naczyniowych). Zidentyfikowano cztery badania, w których oceniano częstość występowania zawału serca, udaru mózgu lub zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych (główny punkt końcowy badania *EMPA-REG OUTCOME*): *ACCORD* (badanie ukierunkowane na kontrolę glikemii; *ACCORD*

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$  i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

2008), ACCORD (badanie ukierunkowane na kontrolę ciśnienia tętniczego; ACCORD 2010), ADVANCE (ADVANCE 2008) i VADT (Duckworth 2008). Charakterystykę badań w zestawieniu z badaniem EMPA-REG OUTCOME zamieszczono w tabeli poniżej.

Tabela 31. Badania długookresowe w populacji chorych na cukrzycę typu 2 z obecnością lub bez obecności choroby sercowo-naczyniowej vs EMPA-REG OUTCOME.

	ACCORD 2008	ACCORD 2010	ADVANCE	VADT	EMPA-REG OUTCOME / model
komparatory	Saksagliptyna vs placebo (+ STD)	Alogliptyna vs placebo (+ STD)	Sitagliptynavs placebo (+ STD)	Pioglitazon vs placebo (+ STD)	Empagliflozyna vs placebo (+ STD)
N	10251	4733	11140	1791	7020
średni wiek [lata]	62	62	66	60	63
odsetek kobiet	39%	48%	42%	3%	29%
średni czas trwania cukrzycy [lata]	10	10	8	11,5	>10 (mediana)
odsetek leczonych insuliną	35%	bd	1,5%	52%	48%
odsetek ze zdarzeniem sercowo-naczyniowym	35%	34%	32%	40%	100%
wyjściowa wartość HbA1c	8,1%	8,3%	7,2%	9,4%	8,1%
horyzont (mediana/średnia)	3,5	4,7	5	5,6	3
maksymalna obserwacja	6,5	8,5	5,5	7,5	4 (badanie) / dożywotni (projekcje modelu)

W odnalezionych badaniach, skumulowane w czasie częstości zdarzeń przedstawiono wyłącznie w populacji całkowitej, przy czym odsetki chorych z wyjściową obecnością zdarzeń sercowo-naczyniowych wynosiły ok. 30-40%. Ponieważ ryzyko makroangiopatii i zgonu jest istotnie wyższe u chorych ze wcześniejszymi zdarzeniami CV, wyniki badań w populacji całkowitej nie są porównywalne z projekcjami modelu, właściwymi dla populacji z chorobą sercowo-naczyniową. W związku z powyższym wyniki w populacji całkowitej skorygowano z uwzględnieniem oszacowanego na podstawie innych danych ryzyka względnego wystąpienia zdarzenia w populacji z chorobą sercową naczyniową. Podobnie jak poprzednio, z publikowanych krzywych Kaplana-Meiera odczytano skumulowane prawdopodobieństwa zdarzeń w punktach czasowych 5, 6, 7 i 8 lat (w zależności od maksymalnej obserwacji w poszczególnych badaniach), a projekcje modelu ekonomicznego w ww. okresach obliczono poprzez symulację modelu w analogicznych horyzontach czasowych. Nieskorygowane i skorygowane odsetki chorych ze zdarzeniem

Jardiance® (empagliflozyna) u pacjentów z cukrzycą typu 2 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$  i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

przedstawiono w poniższej tabeli. Ze względu na fakt, że empagliflozyna nie było stosowana w żadnym z odnalezionych badań, w ramach walidacji możliwe było porównanie wyłącznie wyników dla ramion leczenia standardowego.

Tabela 32. Walidacja zewnętrzna modelu w oparciu o wyniki badań długookresowych przeprowadzonych w szerokiej populacji chorych na cukrzycę typu 2.

Populacja	Horyzont	Skumulowany odsetek chorych ze zdarzeniem (grupa leczona STD)				
		ACCORD 2008	ACCORD 2010	ADVANCE	VADT	Model
wyniki dla populacji ogólnej (z lub bez choroby sercowo-naczyniowej)	5 lat	12%	10%	11%	-	20%
	6 lat	15%	11%	-	18% ^	24%
	7 lat	-	15%	-	-	28%
	8 lat	-	17%	-	-	32%
wyniki skorygowane dla populacji ogólnej z chorobą sercowo-naczyniową	5 lat	18% *	16% **	16% *	-	20%
	6 lat	23% *	19% **	-	28% *	24%
	7 lat	-	25% **	-	-	28%
	8 lat	-	28% **	-	-	32%

^ oszacowane przy założeniu braku współwystępowania zdarzeń stanowiących składowe złożonego punktu końcowego.

\* z zastosowaniem ryzyka względnego RR = 1,54 dla populacji z chorobą sercowo-naczyniową względem populacji całkowitej, obliczonego na podstawie częstości zdarzeń w podgrupach: z chorobą sercowo-naczyniową (393 / 3 608 = 10,9%) i bez choroby sercowo-naczyniowej (330 / 6 643 = 5,0%) oraz wyjściowego odsetka chorych z chorobą sercowo-naczyniową (35%) w badaniu ACCORD (glucose).

\*\* z zastosowaniem ryzyka względnego RR = 1,64 dla populacji z chorobą sercowo-naczyniową względem populacji całkowitej (grupa leczona standardowo), obliczonego na podstawie częstości zdarzeń w podgrupach: z chorobą sercowo-naczyniową (3,43/rok) i bez choroby sercowo-naczyniowej (1,46/rok) oraz wyjściowego odsetka chorych z chorobą sercowo-naczyniową (34%) w badaniu ACCORD (BP).

Skorygowane dla populacji z chorobą sercowo-naczyniową, skumulowane odsetki chorych ze zdarzeniem są porównywalne z projekcjami modelu ekonomicznego. Pomimo niepewności związanej z różnicami w charakterystykach populacji, jak również ograniczeniami techniki estymacji odsetków zdarzeń w populacji docelowej, przeprowadzona analiza wskazuje na realistyczne projekcje długookresowe wyników zdrowotnych leczenia standardowego cukrzycy. Szersza walidacja zewnętrzna wyników dla empagliflozyny nie jest możliwa z uwagi na brak innych (poza EMPA-REG OUTCOME) badań dotyczących zastosowania produktu Jardiance® w populacji zgodnej z wnioskowaną.

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq$ 7%  
i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

## 12 Analiza podstawowa

Zgodnie z minimalnymi wymaganiami dotyczącymi analiz oceny technologii medycznych, przedstawionymi w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 24 października 2023 r. (MZ 24/10/2023), w ramach analizy podstawowej przedstawiono kolejno:

- zestawienie oszacowań kosztów i wyników zdrowotnych porównywanych strategii leczenia cukrzycy typu 2;
- oszacowanie wartości współczynnika kosztu uzyskania dodatkowego roku życia skorygowanego o jakość (QALY), wynikającego z dodania empagliflozyny do standardowego leczenia przeciwcukrzycowego;
- oszacowanie ceny zbytu netto produktu leczniczego Jardiance®, przy której koszt uzyskania dodatkowego QALY wynikający z dodania empagliflozyny do standardowego leczenia przeciwcukrzycowego jest równy wysokości progu kosztowej efektywności technologii medycznej w Polsce, ustalonego na poziomie trzykrotności produktu krajowego brutto *per capita* (190 380 zł/QALY);
- zestawienie tabelaryczne wartości parametrów modelu, na podstawie których dokonano obliczeń w analizie podstawowej.

Analizę podstawową przeprowadzono równoległe z dwóch perspektyw:

- z perspektywy podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych (PPP);
- z perspektywy wspólnej podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych i świadczeniobiorcy (PPP+P),

w wariantach z uwzględnieniem i bez uwzględnienia proponowanego instrumentu dzielenia ryzyka dla produktu Jardiance®.

Część wyników prezentowanych w kolejnych podrozdziałach zaokrąglono, celem zachowania przejrzystości prezentacji. W arkuszu kalkulacyjnym zawierającym model ekonomiczny wszystkie obliczenia przeprowadzono na wartościach niezaokrąglonych.

## 12.1 Zestawienie oszacowań kosztów i wyników zdrowotnych

W rozdziale przedstawiono oszacowania kosztów oraz efektów zdrowotnych porównywanych strategii leczenia cukrzycy typu 2 u pacjentów wysokiego ryzyka sercowo-naczyniowego (EMPA+STD; STD). Koszty dyskontowano na poziomie 5% rocznie. Ponieważ wielkość uzyskiwanych efektów zdrowotnych jest niezależna od perspektywy analizy oraz instrumentu dzielenia ryzyka, przedstawione oszacowania wyników zdrowotnych są jednakowe w każdym z wymienionych wariantów

### 12.1.1 Zestawienie kosztów – analiza z uwzględnieniem RSS

W poniższej tabeli zestawiono oszacowania kosztów porównywanych strategii leczenia przeciwcukrzycowego, przypadające na jednego chorego w dożywotnim horyzoncie czasowym, w podziale na wyróżnione kategorie kosztów z perspektywy wspólnej płatnika publicznego i pacjentów oraz perspektywy płatnika publicznego za świadczenia zdrowotne, w wariantach z uwzględnieniem proponowanego instrumentu dzielenia ryzyka dla produktu Jardiance®.

Tabela 33. Zestawienie kosztów: EMPA+STD vs STD, analiza z uwzględnieniem RSS.

Składowa kosztu	EMPA+STD	STD	Różnica (EMPA+STD vs STD)
<b>Perspektywa wspólna płatnika publicznego i pacjentów</b>			
<b>Łączne koszty [zł], w tym:</b>	■	28 298	■
Koszty leków przeciwcukrzycowych [zł]	■	0	■
<i>w tym koszty Jardiance® [zł]</i>	■	0	■
Koszty powikłań cukrzycy [zł]	23 219	28 298	-5 078
<b>Perspektywa płatnika publicznego</b>			
<b>Łączne koszty [zł], w tym:</b>	■	28 269	■
Koszty leków przeciwcukrzycowych [zł]	■	0	■
<i>w tym koszty Jardiance® [zł]</i>	■	0	■
Koszty powikłań cukrzycy [zł]	23 191	28 269	-5 078

Średni koszt w ramieniu stosującym empagliflozynę w horyzoncie życia jednego pacjenta oszacowano na ■ z perspektywy wspólnej (PPP+P) oraz ■ z perspektywy wyłącznie płatnika publicznego (PPP). Koszt w ramieniu komparatora wynosi 28,3 tys. zł (PPP+P; PPP).

Inkrementalny koszt wynikający z dodania empagliflozyny do standardowego leczenia cukrzycy jest częściowo rekompensowany przez oszczędności kosztów leczenia powikłań. Pomimo dłuższego przeżycia

Jardiance® (empagliflozyna) u pacjentów z cukrzycą typu 2 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$  i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

chorych w ramieniu empagliflozyny, koszty leczenia zdarzeń klinicznych są niższe o 5,1 tys. zł w grupie EMPA+STD i wynoszą odpowiednio 23,2 tys. zł i 28,3 tys. zł z obu rozważanych perspektyw.

### 12.1.2 Zestawienie kosztów – analiza bez uwzględnienia RSS

Zestawienie kosztów leczenia jednego pacjenta w grupach EMPA+STD i STD w wariacie bez uwzględnienia instrumentu dzielenia ryzyka dla produktu Jardiance® zamieszczono w poniższej tabeli.

Tabela 34. Zestawienie kosztów: EMPA+STD vs STD, analiza bez uwzględnienia RSS.

Składowa kosztu	EMPA+STD	STD	Różnica (EMPA+STD vs STD)
<b>Perspektywa wspólna płatnika publicznego i pacjentów</b>			
<b>łącznie koszty [zł], w tym:</b>	<b>42 515</b>	<b>28 298</b>	<b>14 217</b>
Koszty leków przeciwcukrzycowych [zł]	19 295	0	19 295
<i>w tym koszty Jardiance® [zł]</i>	<i>19 295</i>	<i>0</i>	<i>19 295</i>
Koszty powikłań cukrzycy [zł]	23 219	28 298	-5 078
<b>Perspektywa płatnika publicznego</b>			
<b>łącznie koszty [zł], w tym:</b>	<b>38 339</b>	<b>28 269</b>	<b>10 070</b>
Koszty leków przeciwcukrzycowych [zł]	15 148	0	15 148
<i>w tym koszty Jardiance® [zł]</i>	<i>15 148</i>	<i>0</i>	<i>15 148</i>
Koszty powikłań cukrzycy [zł]	23 191	28 269	-5 078

Średni koszt w ramieniu stosującym empagliflozynę w horyzoncie życia jednego pacjenta oszacowano na 42,5 tys. zł z perspektywy wspólnej (PPP+P) oraz 38,3 tys. zł z perspektywy wyłącznie płatnika publicznego (PPP). Koszt w ramieniu komparatora wynosi 28,3 tys. zł (PPP+P; PPP).

Inkrementalny koszt wynikający z dodania empagliflozyny do standardowego leczenia cukrzycy jest częściowo rekompensowany przez oszczędności kosztów leczenia powikłań. Pomimo dłuższego przeżycia chorych w ramieniu empagliflozyny, koszty leczenia zdarzeń klinicznych są niższe o 5,1 tys. zł w grupie EMPA+STD i wynoszą odpowiednio 23,2 tys. zł i 28,3 tys. zł z obu rozważanych perspektyw.

### 12.1.3 Zestawienie wyników zdrowotnych

W ramach zestawienia konsekwencji zdrowotnych przedstawiono następujące wyniki zdrowotne porównywanych strategii leczenia cukrzycy typu 2:

- Lata życia skorygowane o jakość (QALY),

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$  i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

- Czas całkowitego przeżycia (LY),
- Częstość wystąpienia zdarzeń klinicznych (powikłań cukrzycy) w przeliczeniu na 100 pacjentolat życia,
- Skumulowaną częstość wystąpienia odległych powikłań cukrzycy w horyzoncie dożywotnym, wyrażonej odsetkiem chorych z modelowanej kohorty, u którego w ciągu życia wystąpi dane zdarzenie.

Poniżej zestawiono oszacowania efektów zdrowotnych w postaci średniej (dyskontowanej i niedyskontowanej) liczby lat przeżycia całkowitego (LY) oraz skorygowanego o jakość (QALY), przypadającej na jednego pacjenta leczonego empagliflozyną w terapii dodanej do leczenia standardowego (EMPA+STD) lub standardową terapią przeciwcukrzycową (STD).

Tabela 35. Zestawienie wyników zdrowotnych – średnie przeżycie całkowite i skorygowane o jakość; EMPA+STD vs STD.

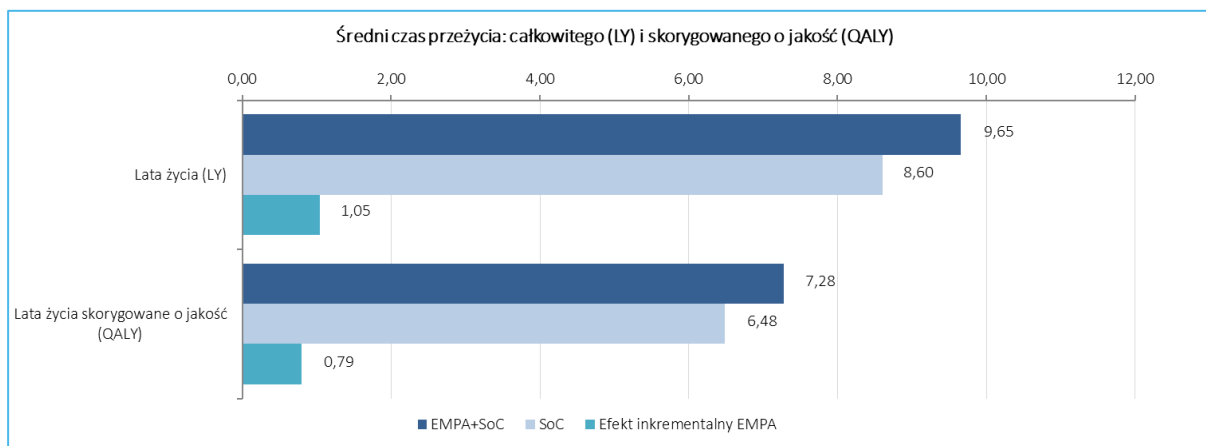
Miara wyników zdrowotnych	EMPA+STD	STD	Różnica (EMPA+STD vs STD)
<b>Przeżycie skorygowane o jakość [QALY]</b>			
Lata życia skorygowane o jakość, niedyskontowane [QALY]	9,660	8,322	1,339
Lata życia skorygowane o jakość, dyskontowane [QALY]	7,277	6,485	0,792
<b>Przeżycie całkowite [LY]</b>			
Czas całkowitego przeżycia, niedyskontowany [lata]	12,898	11,104	1,794
Czas całkowitego przeżycia, dyskontowany [lata]	9,652	8,605	1,047

Średni czas dalszego przeżycia chorych leczonych empagliflozyną wynosi 9,65 lat (12,90 lat w wartościach niedyskontowanych), podczas gdy w ramieniu leczenia standardowego – 8,60 lat (11,10 lat w wartościach niedyskontowanych). Liczba lat życia skorygowanych o jakość, przypadająca na jednego chorego w horyzoncie dożywotnym, wynosi średnio 7,28 QALY w ramieniu empagliflozyny (9,65 QALY w wartościach niedyskontowanych) oraz 6,48 QALY w ramieniu leczenia standardowego (8,32 lat w wartościach niedyskontowanych; zob. Wykres 4).

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq$ 7%  
i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

Wykres 4. Zestawienie wyników zdrowotnych – średnie dyskontowane przeżycie całkowite i skorygowane o jakość; EMPA+STD vs STD.



Dodanie empagliflozyny do standardowego leczenia przeciwcukrzycowego prowadzi do wydłużenia czasu przeżycia: całkowitego (dodatkowy efekt dyskontowany: 1,05 LYG) i skorygowanego o jakość (dodatkowy efekt dyskontowany: 0,79 QALY).

W tabeli poniżej przedstawiono częstości poszczególnych zdarzeń klinicznych w przeliczeniu na 100 pacjento-lat leczenia w grupach EMPA+STD i STD.

Tabela 36. Zestawienie wyników zdrowotnych: częstość zdarzeń klinicznych na 100 pacjento-lat; EMPA+STD vs STD.

Zdarzenie	Liczba zdarzeń / 100 pacjento-lat		
	EMPA+STD	STD	Różnica (EMPA+STD vs STD)
Zawał serca niezakończony zgonem	1,94	2,22	-0,27
Udar mózgu niezakończony zgonem	1,35	1,08	0,27
Niestabilna dławica piersiowa	1,31	1,24	0,06
Niewydolność serca	1,91	2,92	-1,01
Przemijający napad niedokrwienności mózgu	0,25	0,29	-0,04
Rewaskularyzacja mięśnia sercowego	2,72	2,96	-0,24
Rozwinięcie się makroalbuminurii	5,48	6,65	-1,18
Uszkodzenie nerek	0,98	1,53	-0,55
Niewydolność nerek (terapia nerkozastępcza)	0,32	0,56	-0,24
Zgon z przyczyn sercowo-naczyniowych	3,76	5,34	-1,59

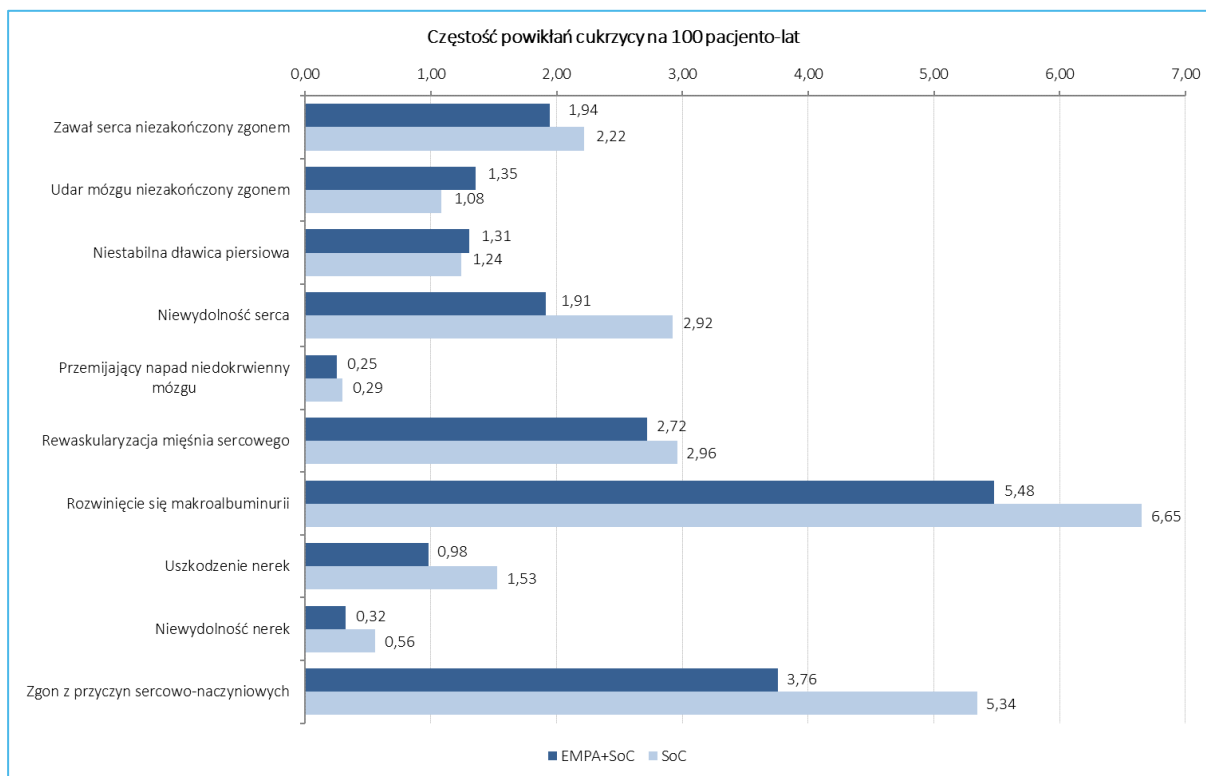
Dane dodatkowo zobrazowano na wykresie poniżej.

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$  i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym



Wykres 5. Zestawienie wyników zdrowotnych: częstość zdarzeń klinicznych na 100 pacjento-lat; EMPA+STD vs STD.



Zgodnie z kierunkiem wpływu leczenia empagliflozyną na ryzyko poszczególnych zdarzeń (zob. Tabela 7), dodanie EMPA do standardu leczenia przeciwcukrzycowego zmniejsza częstość występowania wszystkich zdarzeń klinicznych poza udarem mózgu niezakończonym zgonem oraz hospitalizacją z powodu niestabilnej dławicy piersiowej. W szczególności, stosowanie produktu Jardiance® prowadzi do uniknięcia 1,6 zgonów sercowo-naczyniowych, 1,2 nowych przypadków makroalbuminurii, 0,5 przypadków uszkodzenia nerek i 1,0 hospitalizacji z powodu niewydolności serca na każde 100 pacjento-lat leczenia.

Poniżej przedstawiono oszacowania odsetków pacjentów leczonych empagliflozyną lub wyłącznie standardową terapią przeciwcukrzycową, u których w horyzoncie życia wystąpią poszczególne rodzaje powikłań cukrzycy.

**Jardiance® (empagliflozyna)**

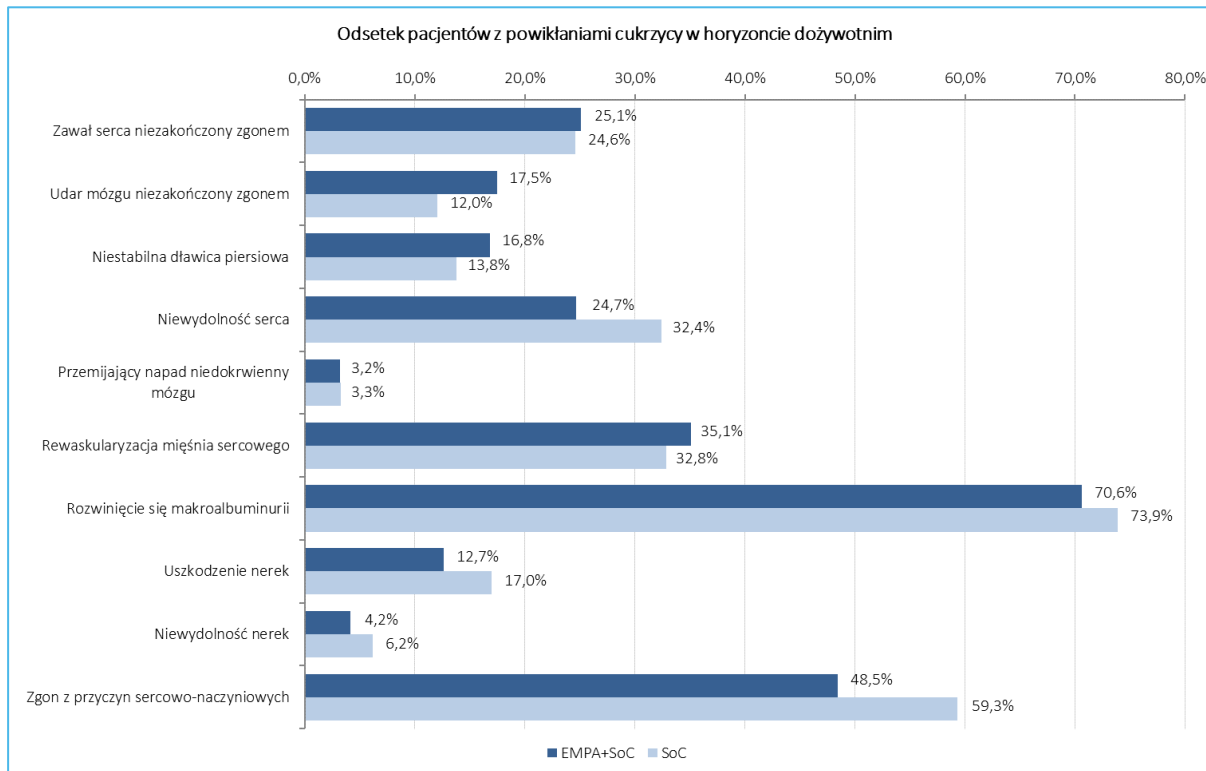
u pacjentów z cukrzycą typu 2  
leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$   
i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

Tabela 37. Zestawienie wyników zdrowotnych: odsetek pacjentów ze zdarzeniem klinicznym w horyzoncie dożywotnim; EMPA+STD vs STD.

Zdarzenie	% pacjentów, u których wystąpi zdarzenie kliniczne		
	EMPA+STD	STD	Różnica (EMPA+STD vs STD)
Zawał serca niezakończony zgonem	25,1%	24,6%	0,5%
Udar mózgu niezakończony zgonem	17,5%	12,0%	5,4%
Niestabilna dławica piersiowa	16,8%	13,8%	3,0%
Niewydolność serca	24,7%	32,4%	-7,8%
Przemijający napad niedokrwienności mózgu	3,2%	3,3%	0,0%
Rewaskularyzacja mięśnia sercowego	35,1%	32,8%	2,2%
Rozwinięcie się makroalbuminurii	70,6%	73,9%	-3,3%
Uszkodzenie nerek	12,7%	17,0%	-4,3%
Niewydolność nerek (terapia nerkozastępcza)	4,2%	6,2%	-2,0%
Zgon z przyczyn sercowo-naczyniowych	48,5%	59,3%	-10,9%

Wyniki zobrazowano na wykresie poniżej.

Wykres 6. Zestawienie wyników zdrowotnych: odsetek pacjentów ze zdarzeniem klinicznym w horyzoncie dożywotnim; EMPA+STD vs STD.



Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq$ 7%  
 i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

Skumulowane, dożywotnie prawdopodobieństwo wystąpienia niektórych zdarzeń klinicznych jest nieco wyższe dla ocenianej interwencji, pomimo niższej częstości ich występowania w ramieniu empagliflozyny w przeliczeniu na rok leczenia (rok życia; por. Tabela 36). Wynik ten jest konsekwencją faktu, że dodanie empagliflozyny znacząco wydłuża czas całkowitego przeżycia, przez co chorzy z ramienia EMPA+STD znajdują się średnio dłużej w grupie ryzyka wystąpienia poszczególnych zdarzeń klinicznych.

## 12.2 Wyniki analizy kosztów-użyteczności (CUA) i kosztów-efektywności (CEA)

W kolejnych podrozdziałach przedstawiono wyniki analizy kosztów-użyteczności, tj. oszacowania kosztu uzyskania dodatkowego roku życia skorygowanego o jakość, wynikającego z dodania produktu leczniczego Jardiance® do standardowej terapii przeciwcukrzycowej w populacji docelowej dla empagliflozyny.

Ponieważ wnioskowane warunki objęcia refundacją leku Jardiance® zawierają instrument dzielenia ryzyka, wyniki analizy kosztów-użyteczności przedstawiono w wariantach z uwzględnieniem proponowanego instrumentu dzielenia ryzyka (RSS) oraz bez uwzględnienia RSS.

### 12.2.1 Analiza z uwzględnieniem instrumentu dzielenia ryzyka (z RSS)

Poniżej przedstawiono wyniki analizy podstawowej kosztów-użyteczności produktu Jardiance®, stosowanego jako terapia dodana do standardowego leczenia przeciwcukrzycowego, z perspektywy płatnika publicznego i pacjentów oraz z perspektywy wyłącznie płatnika publicznego, przy założeniu realizacji proponowanego instrumentu dzielenia ryzyka. W tabeli zamieszczono oszacowania całkowitych kosztów i wyników zdrowotnych porównywanych strategii, inkrementalnych kosztów i efektów strategii z zastosowaniem empagliflozyny oraz inkrementalnego wskaźnika kosztów-użyteczności (ICUR) dla rozważanej technologii.

Tabela 38 Wyniki analizy kosztów-użyteczności (CUA): EMPA+STD vs STD; analiza podstawowa, z uwzględnieniem RSS.

Strategia leczenia	Koszty [zł]	Efekty [QALY]	Różnica kosztów [zł]	Różnica efektów [QALY]	ICUR [zł/QALY]
<b>Perspektywa wspólna płatnika publicznego i pacjentów</b>					
EMPA+STD	■	7,277	■	0,792	■
STD	28 298	6,485			

Jardiance® (empagliflozyna)

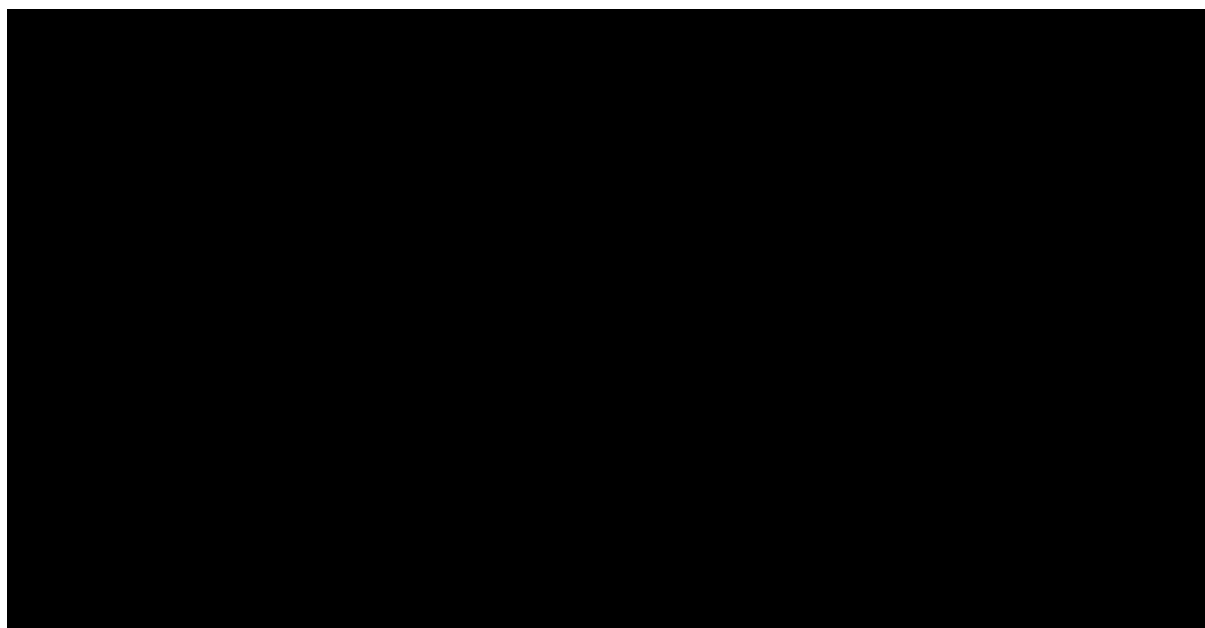
u pacjentów z cukrzycą typu 2 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$  i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

Strategia leczenia	Koszty [zł]	Efekty [QALY]	Różnica kosztów [zł]	Różnica efektów [QALY]	ICUR [zł/QALY]
<b>Perspektywa płatnika publicznego</b>					
EMPA+STD	█	7,277	█	0,792	█
STD	28 269	6,485			

Koszt uzyskania dodatkowego roku życia skorygowanego o jakość (QALY), wynikający z dodania produktu leczniczego Jardiance® (empagliflozyna) do standardowej terapii przeciwcukrzycowej, wynosi █ z perspektywy wspólnej płatnika publicznego i pacjentów oraz █ z perspektywy płatnika publicznego, przy założeniu realizacji proponowanego instrumentu dzielenia ryzyka.

Wyniki CUA przedstawiono dodatkowo w formie graficznej na płaszczyźnie koszty – użyteczność (Wykres 7, Wykres 8).

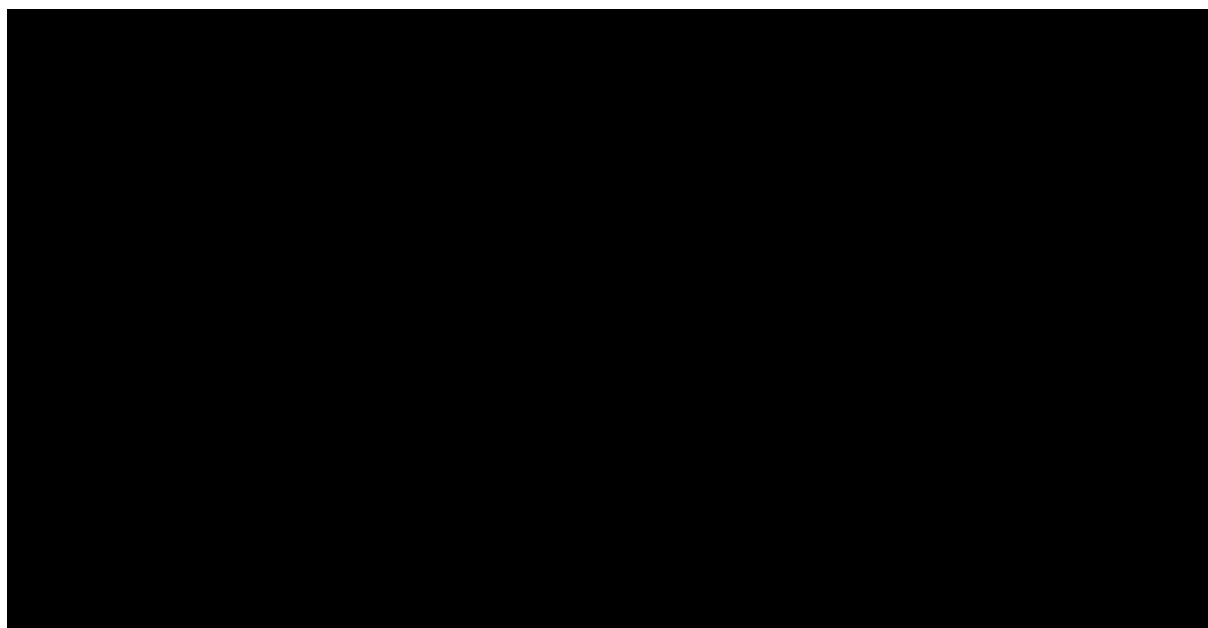
Wykres 7. Wyniki analizy kosztów-użyteczności: EMPA+STD vs STD; analiza podstawowa, z uwzględnieniem RSS; PPP+P.



Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$   
i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

Wykres 8. Wyniki analizy kosztów-użyteczności: EMPA+STD vs STD; analiza podstawowa, z uwzględnieniem RSS; PPP.



Zastosowanie empagliflozyny zamiast leczenia standardowego prowadzi do [zamazane] z perspektywy wspólnej oraz [zamazane] z perspektywy płatnika publicznego. Dodatkowy efekt przypadający na jednego chorego leczonego produktem Jardiance® wynosi 0,792 QALY, licząc w wartościach dyskontowanych.

W ramach analizy kosztów-efektywności oszacowano koszt uzyskania dodatkowego roku życia (LYG) w wyniku dodania produktu leczniczego Jardiance® do standardowej terapii przeciwcukrzycowej w populacji docelowej dla empagliflozyny. Wyniki podstawowej analizy kosztów-efektywności, w wariancie z uwzględnieniem RSS dla produktu leczniczego Jardiance®, przedstawiono w kolejnej tabeli.

Tabela 39 Wyniki analizy kosztów-efektywności (CEA): EMPA+STD vs STD; analiza podstawowa, z uwzględnieniem RSS.

Strategia leczenia	Koszty [zł]	Efekty [LY]	Różnica kosztów [zł]	Różnica efektów [LY]	ICER [zł/LY]
<b>Perspektywa wspólna płatnika publicznego i pacjentów</b>					
EMPA+STD	[zamazane]	9,652	[zamazane]	1,047	[zamazane]
STD	28 298	8,605			
<b>Perspektywa płatnika publicznego</b>					
EMPA+STD	[zamazane]	9,652	[zamazane]	1,047	[zamazane]
STD	28 269	8,605			

Jardiance® (empagliflozyna) u pacjentów z cukrzycą typu 2 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$  i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

Koszt uzyskania dodatkowego roku życia (LYG), wynikający z dodania produktu leczniczego Jardiance® (empagliflozyna) do standardowej terapii przeciwcukrzycowej, wynosi [REDACTED] z perspektywy wspólnej płatnika publicznego i pacjentów oraz [REDACTED] z perspektywy płatnika publicznego, przy założeniu realizacji proponowanego instrumentu dzielenia ryzyka.

### 12.2.2 Analiza bez uwzględnienia instrumentu dzielenia ryzyka (bez RSS)

Tabela poniżej przedstawia wyniki analizy podstawowej kosztów-użyteczności empagliflozyny z perspektywy płatnika publicznego i pacjentów oraz z perspektywy wyłącznie płatnika publicznego, bez uwzględnienia proponowanego instrumentu dzielenia ryzyka dla produktu Jardiance®.

Tabela 40. Wyniki analizy kosztów-użyteczności (CUA): EMPA+STD vs STD; analiza dodatkowa, bez uwzględnienia RSS.

Strategia leczenia	Koszty [zł]	Efekty [QALY]	Różnica kosztów [zł]	Różnica efektów [QALY]	ICUR [zł/QALY]
<b>Perspektywa wspólna płatnika publicznego i pacjentów (PPP+P)</b>					
EMPA+STD	42 515	7,277	14 217	0,792	17 943
STD	28 298	6,485			
<b>Perspektywa płatnika publicznego (PPP)</b>					
EMPA+STD	38 339	7,277	10 070	0,792	12 710
STD	28 269	6,485			

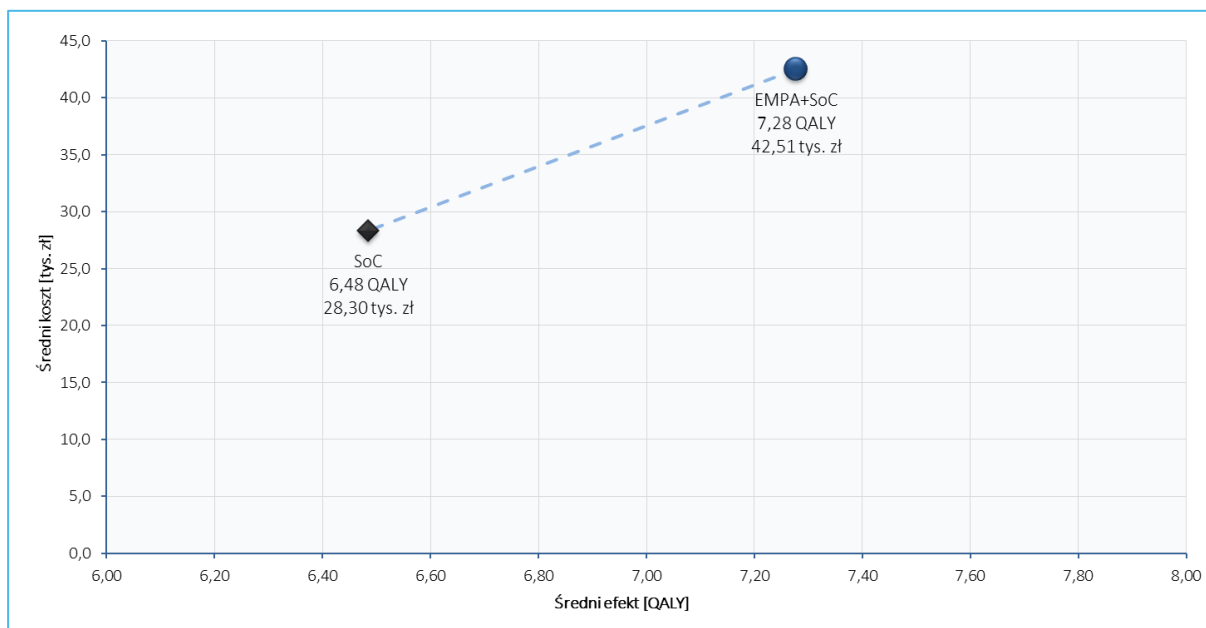
Koszt uzyskania dodatkowego roku życia skorygowanego o jakość (QALY), wynikający z dodania produktu leczniczego Jardiance® (empagliflozyna) do standardowej terapii przeciwcukrzycowej, wynosi **17 943 zł** z perspektywy wspólnej płatnika publicznego i pacjentów oraz **12 710 zł** z perspektywy płatnika publicznego, bez uwzględnienia instrumentu dzielenia ryzyka dla ocenianej interwencji.

Wyniki CUA przedstawiono dodatkowo w formie graficznej na płaszczyźnie koszty – użyteczność (Wykres 9, Wykres 10).

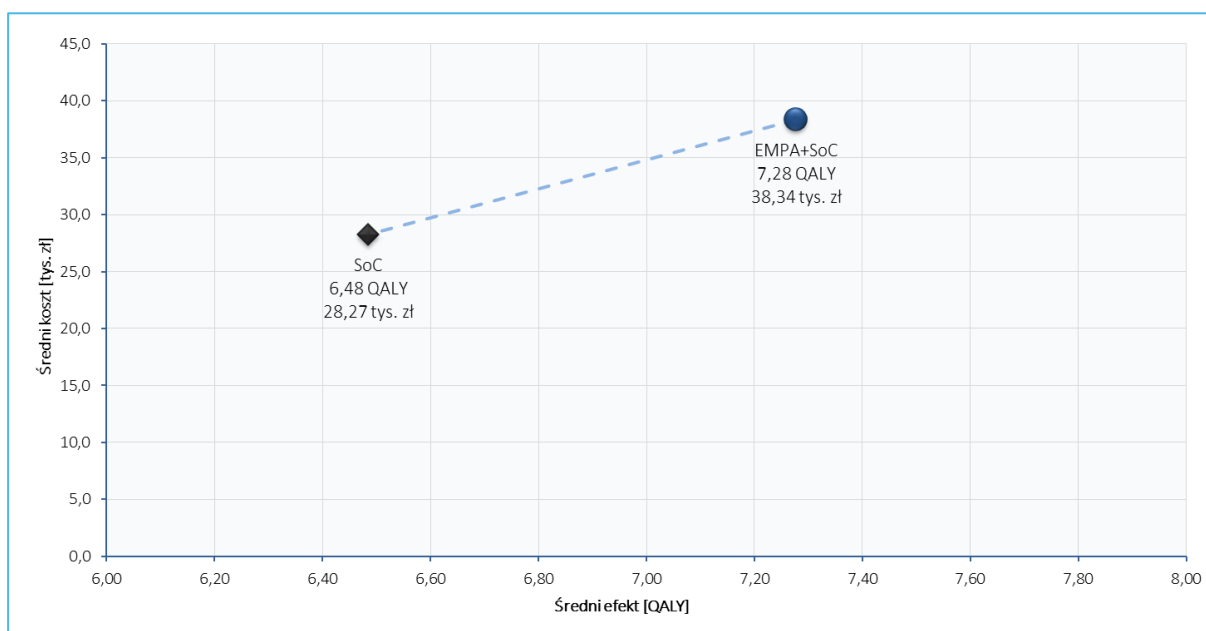
Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$  i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

Wykres 9. Wyniki analizy kosztów-użyteczności: EMPA+STD vs STD; analiza podstawowa, bez uwzględnienia RSS; PPP+P.



Wykres 10. Wyniki analizy kosztów-użyteczności: EMPA+STD vs STD; analiza podstawowa, bez uwzględnienia RSS; PPP.



Zastosowanie empagliflozyny zamiast leczenia standardowego prowadzi do zwiększenia całkowitych kosztów leczenia cukrzycy typu 2 u jednego pacjenta: o 14,2 tys. zł z perspektywy wspólnej oraz o 10,7 tys. zł z perspektywy płatnika publicznego. Dodatkowy efekt przypadający na jednego chorego leczonego produktem Jardiance® wynosi 0,792 QALY, licząc w wartościach dyskontowanych.

**Jardiance® (empagliflozyna)**

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$   
 i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

W kolejnej tabeli zamieszczono wyniki podstawowej analizy kosztów-efektywności, w wariantach bez uwzględnienia RSS dla produktu leczniczego Jardiance®.

Tabela 41 Wyniki analizy kosztów-efektywności (CEA): EMPA+STD vs STD; analiza podstawowa, bez uwzględnienia RSS.

Strategia leczenia	Koszty [zł]	Efekty [LY]	Różnica kosztów [zł]	Różnica efektów [LY]	ICER [zł/LY]
<b>Perspektywa wspólna płatnika publicznego i pacjentów</b>					
EMPA+STD	42 515	9,652	14 217	1,047	13 574
STD	28 298	8,605			
<b>Perspektywa płatnika publicznego</b>					
EMPA+STD	38 339	9,652	10 070	1,047	9 615
STD	28 269	8,605			

Koszt uzyskania dodatkowego roku życia (LYG), wynikający z dodania produktu leczniczego Jardiance® (empagliflozyna) do standardowej terapii przeciwcukrzycowej, wynosi **13 574 zł** z perspektywy wspólnej płatnika publicznego i pacjentów oraz **9 615 zł** z perspektywy płatnika publicznego, bez uwzględnienia instrumentu dzielenia ryzyka dla ocenianej interwencji.

### 12.3 Wyniki analizy progowej CUA

Analizę progową dla ceny wnioskowanej technologii przeprowadzono zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie minimalnych wymagań, jakie muszą spełniać analizy uwzględnione we wnioskach o objęcie refundacją (MZ 24/10/2023), obliczając ceny zbytu netto jednostkowych opakowań produktu leczniczego Jardiance®, przy których (w przypadku analizy kosztów-użyteczności) koszt uzyskania dodatkowego roku życia skorygowanego o jakość, wynikający z zastąpienia komparatora jest równy wysokości progu kosztowej efektywności technologii medycznej w Polsce, ustalonego na poziomie trzykrotności produktu krajowego brutto *per capita* (190 380 zł/QALY).

Przy wyznaczaniu ceny progowej w analizie podstawowej, zgodnie ze stanem aktualnym jako podstawę grupy limitowej przyjęto prezentację leku Forxiga®, 30 tabl. a 10 mg. W kalkulacjach z perspektywy płatnika publicznego uwzględniono ew. zmianę odpłatności na ryczałtową w przypadku gdy miesięczny koszt stosowania dla świadczeniobiorcy przy odpłatności 30% limitu finansowania przekraczałby 5% minimalnego wynagrodzenia za pracę (Ustawa 2023),

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$  i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym



Wyniki analizy progowej przedstawia Tabela 42.

Tabela 42. Wyniki analizy progowej dla prezentacji produktu Jardiance® w analizie kosztów-użyteczności (CUA) – analiza podstawowa.

Produkt leczniczy	Progoza CZN Jardiance [zł]			
	wspólna, z RSS	płatnika, z RSS	wspólna, bez RSS	płatnika, bez RSS
Jardiance tab. 10 mg, 28 szt.	██████	██████	██████	██████
Jardiance tab. 10 mg, 30 szt.	██████	██████	██████	██████
Jardiance tab. 10 mg, 14 szt.	██████	██████	██████	██████
Jardiance tab. 10 mg, 60 szt.	██████	██████	██████	██████

Maksymalna cena zbytu netto Jardiance®, przy której oceniana strategia pozostaje kosztowo-efektywna przy zadanym progu opłacalności, wynosi ██████ (z RSS) i ██████ (bez RSS) za tabletkę w analizie z perspektywy wspólnej płatnika publicznego i pacjentów oraz ██████ (z RSS) i ██████ (bez RSS) za tabletkę w analizie z perspektywy płatnika publicznego. Ceny progowe są wielokrotnie wyższe od wnioskowanych CZN.

Istnienie progowych cen z perspektywy NFZ – pomimo, że kwota refundacji NFZ w wykazie A1 jest limitowana przez cenę podstawy limitu (produktu Forxiga) – wynika z faktu, że części świadczeniobiorcom (65+ lat) przysługuje bezpłatne nabycie produktu Jardiance, przez co ważony koszt leku dla płatnika może osiągać dowolny poziom przy odpowiednio wysokiej cenie urzędowej.

### 13 Wyniki deterministycznej analizy wrażliwości

Testowane w ramach deterministycznej analizy wrażliwości warianty przedstawiono w Rozdziale 10.2. W kolejnych podrozdziałach numeracja wariantów pokrywa się z numeracją przedstawioną wcześniej. W wyodrębnionych podrozdziałach przedstawiono wyniki inkrementalne z punktu widzenia obu perspektyw uwzględnionych w analizie, z uwzględnieniem oraz bez uwzględnienia instrumentu dzielenia ryzyka.

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$   
i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

### 13.1 Analiza z uwzględnieniem instrumentu dzielenia ryzyka (RSS)

W poniższej tabeli przedstawiono wyniki analizy wrażliwości kosztów-użyteczności z uwzględnieniem instrumentu dzielenia ryzyka, z perspektywy podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych oraz z perspektywy wspólnej podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych i świadczeniobiorcy, z wyszczególnieniem:

- całkowitych kosztów porównywanych strategii oraz kosztów inkrementalnych terapii z udziałem empagliflozyny,
- efektów zdrowotnych porównywanych strategii oraz efektu inkrementalnego terapii z udziałem empagliflozyny,
- inkrementalnego współczynnika kosztów-użyteczności strategii z udziałem empagliflozyny,
- ceny efektywnej netto produktu Jardiance®, przy której koszt zyskania 1 QALY osiąga wartość progową (190 380 zł).

Wyniki zobrazowano graficznie na wykresie typu tornado, przedstawiając uszeregowane malejąco wartości ICUR w poszczególnych wariantach analizy.

Tabela 43. Deterministyczna analiza wrażliwości kosztów-użyteczności; PPP+P, z uwzględnieniem RSS.

Wariant	Koszty – EMPA+STD [zł]	Koszty – STD [zł]	Różnica kosztów [zł]	Efekty – EMPA+STD [QALY]	Efekty – STD [QALY]	Różnica efektów [QALY]	ICUR [zł/QALY]	Zmiana ICUR [%]	Progowa CZN Jardiance 28 tab. x 10 mg [zł] *	Progowa CZN Jardiance 30 tab. x 10 mg [zł] *	Progowa CZN Jardiance 14 tab. x 10 mg [zł] *	Progowa CZN Jardiance 60 tab. x 10 mg [zł] *
P	█	28 298	█	7,277	6,485	0,792	█	█	█	█	█	█
1	█	48 998	█	9,660	8,322	1,339	█	█	█	█	█	█
2	█	16 375	█	5,318	5,065	0,254	█	█	█	█	█	█
3	█	28 298	█	7,277	6,485	0,792	█	█	█	█	█	█
4	█	28 298	█	7,277	6,485	0,792	█	█	█	█	█	█
5	█	28 298	█	6,793	6,485	0,308	█	█	█	█	█	█
6	█	28 298	█	7,698	6,485	1,214	█	█	█	█	█	█
7	█	28 298	█	7,188	6,485	0,703	█	█	█	█	█	█
8	█	28 298	█	7,355	6,485	0,871	█	█	█	█	█	█
9	█	28 298	█	7,256	6,485	0,772	█	█	█	█	█	█
10	█	28 298	█	7,469	6,663	0,806	█	█	█	█	█	█
11	█	28 298	█	7,090	6,311	0,779	█	█	█	█	█	█
12	█	28 298	█	6,976	6,223	0,753	█	█	█	█	█	█
13	█	28 298	█	7,347	6,547	0,800	█	█	█	█	█	█
14	█	23 263	█	7,277	6,485	0,792	█	█	█	█	█	█
15	█	35 032	█	7,277	6,485	0,792	█	█	█	█	█	█
16	█	64 150	█	7,277	6,485	0,792	█	█	█	█	█	█
17	█	39 546	█	7,277	6,485	0,792	█	█	█	█	█	█
18	█	39 178	█	7,277	6,485	0,792	█	█	█	█	█	█

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c ≥7%  
 i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

Wariant	Koszty – EMPA+STD [zł]	Koszty – STD [zł]	Różnica kosztów [zł]	Efekty – EMPA+STD [QALY]	Efekty – STD [QALY]	Różnica efektów [QALY]	ICUR [zł/QALY]	Zmiana ICUR [%]	Progowa CZN Jardiance 28 tab. x 10 mg [zł] *	Progowa CZN Jardiance 30 tab. x 10 mg [zł] *	Progowa CZN Jardiance 14 tab. x 10 mg [zł] *	Progowa CZN Jardiance 60 tab. x 10 mg [zł] *
P	█	28 298	█	7,277	6,485	0,792	█	█	█	█	█	█
19	█	28 298	█	7,277	6,485	0,792	█	█	█	█	█	█
20	█	26 010	█	7,245	6,464	0,781	█	█	█	█	█	█
21	█	26 022	█	7,187	6,411	0,777	█	█	█	█	█	█
22	█	26 184	█	7,226	6,446	0,780	█	█	█	█	█	█
23	█	28 298	█	7,277	6,485	0,792	█	█	█	█	█	█
24	█	28 298	█	7,277	6,485	0,792	█	█	█	█	█	█
25	█	28 298	█	7,277	6,485	0,792	█	█	█	█	█	█
26	█	28 298	█	7,277	6,485	0,792	█	█	█	█	█	█
27	█	28 298	█	7,277	6,485	0,792	█	█	█	█	█	█
28	█	28 298	█	7,277	6,485	0,792	█	█	█	█	█	█
29	█	28 298	█	7,277	6,485	0,792	█	█	█	█	█	█

\* cena zbytu netto za opakowanie Jardiance®, przy której koszt uzyskania dodatkowego QALY jest równy wysokości progu kosztowej efektywności (190 380 zł/QALY).

Tabela 44. Deterministyczna analiza wrażliwości kosztów-użyteczności; PPP, z uwzględnieniem RSS.

Wariant	Koszty – EMPA+STD [zł]	Koszty – STD [zł]	Różnica kosztów [zł]	Efekty – EMPA+STD [QALY]	Efekty – STD [QALY]	Różnica efektów [QALY]	ICUR [zł/QALY]	Zmiana ICUR [%]	Progowa CZN Jardiance 28 tab. x 10 mg [zł] *	Progowa CZN Jardiance 30 tab. x 10 mg [zł] *	Progowa CZN Jardiance 14 tab. x 10 mg [zł] *	Progowa CZN Jardiance 60 tab. x 10 mg [zł] *
P	█	28 269	█	7,277	6,485	0,792	█	█	█	█	█	█
1	█	48 956	█	9,660	8,322	1,339	█	3,2%	█	█	█	█
2	█	16 352	█	5,318	5,065	0,254	█	151,6%	█	█	█	█

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c ≥7%  
i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

Wariant	Koszty – EMPA+STD [zł]	Koszty – STD [zł]	Różnica kosztów [zł]	Efekty – EMPA+STD [QALY]	Efekty – STD [QALY]	Różnica efektów [QALY]	ICUR [zł/QALY]	Zmiana ICUR [%]	Progowa CZN Jardiance 28 tab. x 10 mg [zł] *	Progowa CZN Jardiance 30 tab. x 10 mg [zł] *	Progowa CZN Jardiance 14 tab. x 10 mg [zł] *	Progowa CZN Jardiance 60 tab. x 10 mg [zł] *
P	████	28 269	████	7,277	6,485	0,792	████		████	████	████	████
3	████	28 269	████	7,277	6,485	0,792	████	████	████	████	████	████
4	████	28 269	████	7,277	6,485	0,792	████	████	████	████	████	████
5	████	28 269	████	6,793	6,485	0,308	████	████	████	████	████	████
6	████	28 269	████	7,698	6,485	1,214	████	████	████	████	████	████
7	████	28 269	████	7,188	6,485	0,703	████	████	████	████	████	████
8	████	28 269	████	7,355	6,485	0,871	████		████	████	████	████
9	████	28 269	████	7,256	6,485	0,772	████	████	████	████	████	████
10	████	28 269	████	7,469	6,663	0,806	████	████	████	████	████	████
11	████	28 269	████	7,090	6,311	0,779	████	████	████	████	████	████
12	████	28 269	████	6,976	6,223	0,753	████	████	████	████	████	████
13	████	28 269	████	7,347	6,547	0,800	████	████	████	████	████	████
14	████	23 262	████	7,277	6,485	0,792	████	████	████	████	████	████
15	████	35 027	████	7,277	6,485	0,792	████	████	████	████	████	████
16	████	63 919	████	7,277	6,485	0,792	████	████	████	████	████	████
17	████	38 401	████	7,277	6,485	0,792	████	████	████	████	████	████
18	████	38 401	████	7,277	6,485	0,792	████	████	████	████	████	████
19	████	28 269	████	7,277	6,485	0,792	████	████	████	████	████	████
20	████	25 982	████	7,245	6,464	0,781	████	████	████	████	████	████

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c ≥7%  
 i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

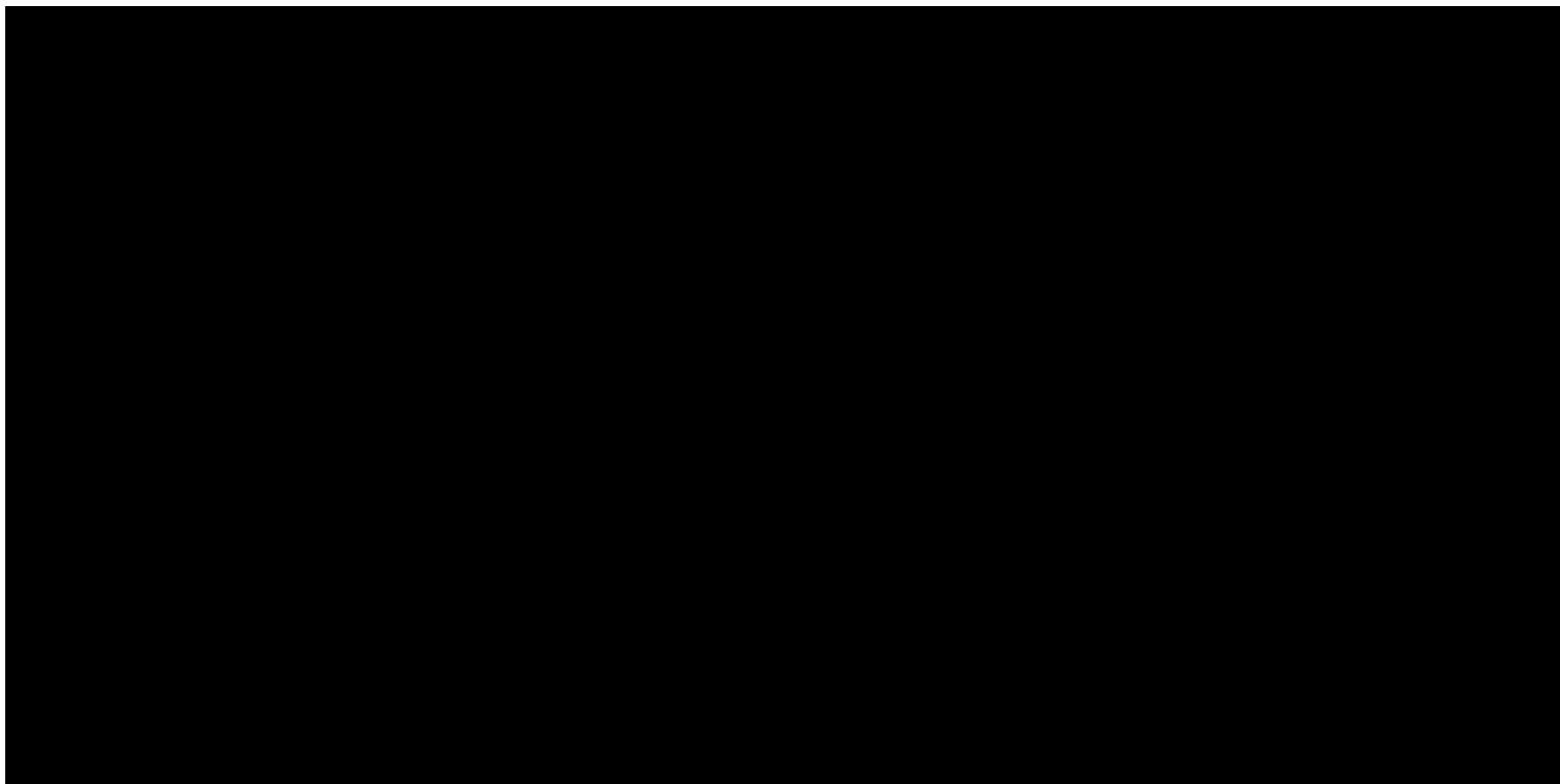
Wariant	Koszty – EMPA+STD [zł]	Koszty – STD [zł]	Różnica kosztów [zł]	Efekty – EMPA+STD [QALY]	Efekty – STD [QALY]	Różnica efektów [QALY]	ICUR [zł/QALY]	Zmiana ICUR [%]	Progowa CZN Jardiance 28 tab. x 10 mg [zł] *	Progowa CZN Jardiance 30 tab. x 10 mg [zł] *	Progowa CZN Jardiance 14 tab. x 10 mg [zł] *	Progowa CZN Jardiance 60 tab. x 10 mg [zł] *
P	■	28 269	■	7,277	6,485	0,792	■	■	■	■	■	■
21	■	25 993	■	7,187	6,411	0,777	■	■	■	■	■	■
22	■	26 157	■	7,226	6,446	0,780	■	■	■	■	■	■
23	■	28 269	■	7,277	6,485	0,792	■	■	■	■	■	■
24	■	28 269	■	7,277	6,485	0,792	■	■	■	■	■	■
25	■	28 269	■	7,277	6,485	0,792	■	■	■	■	■	■
26	■	28 269	■	7,277	6,485	0,792	■	■	■	■	■	■
27	■	28 269	■	7,277	6,485	0,792	■	■	■	■	■	■
28	■	28 269	■	7,277	6,485	0,792	■	■	■	■	■	■
29	■	28 269	■	7,277	6,485	0,792	■	■	■	■	■	■

\* cena zbytu netto za opakowanie Jardiance®, przy której koszt uzyskania dodatkowego QALY jest równy wysokości progowej kosztowej efektywności (190 380 zł/QALY).

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c ≥7%  
 i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

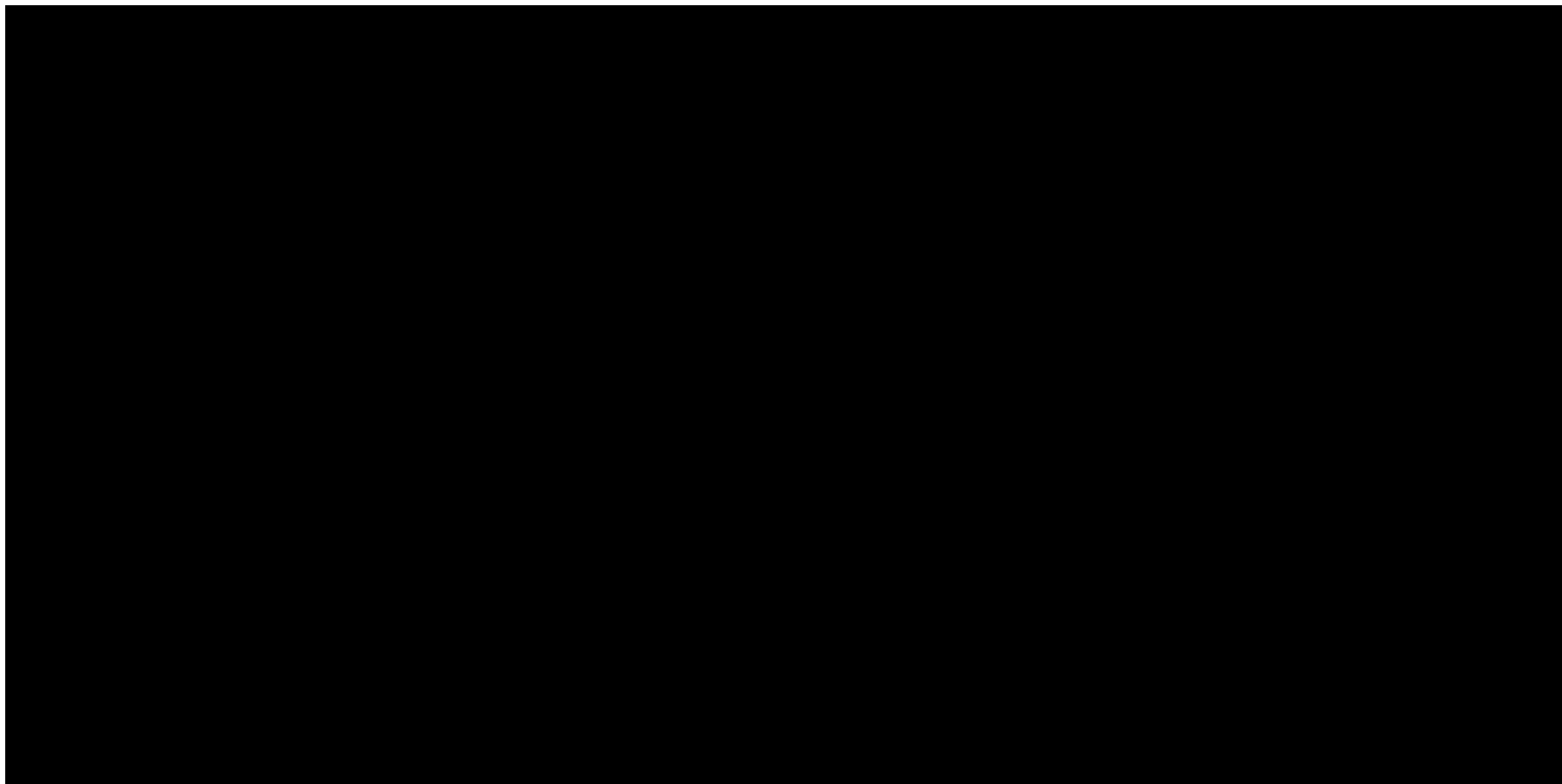
Wykres 11. Wykres przedstawiający uszeregowane malejąco wartości ICUR w analizie wrażliwości kosztów-użyteczności; PPP+P, z uwzględnieniem RSS.



Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$   
i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

Wykres 12. Wykres przedstawiający uszeregowane malejąco wartości ICUR w analizie wrażliwości kosztów-użyteczności; PPP, z uwzględnieniem RSS.



Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$   
i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym





[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

Jardiance® (empagliflozyna) u pacjentów z cukrzycą typu 2 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq$ 7% i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

---

[Redacted Table Content]

### 13.2 Analiza bez uwzględnienia instrumentu dzielenia ryzyka (bez RSS)

W poniższej tabeli przedstawiono wyniki analizy wrażliwości kosztów-użyteczności bez uwzględnienia instrumentu dzielenia ryzyka, z perspektywy podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych (PPP) oraz z perspektywy wspólnej podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych i świadczeniobiorcy (PPP+P), z wyszczególnieniem:

- całkowitych kosztów porównywanych strategii oraz kosztów inkrementalnych terapii z udziałem empagliflozyny,
- efektów zdrowotnych porównywanych strategii oraz efektu inkrementalnego terapii z udziałem empagliflozyny,
- inkrementalnego współczynnika kosztów-użyteczności strategii z udziałem empagliflozyny,

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$   
 i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

- ceny efektywnej netto produktu Jardiance®, przy której koszt zyskania 1 QALY osiąga wartość progową (190 380 zł).

Wyniki zobrazowano graficznie na wykresie typu tornado, przedstawiając uszeregowane malejąco wartości ICUR w poszczególnych wariantach analizy.

Tabela 45. Deterministyczna analiza wrażliwości kosztów-użyteczności; PPP+P, bez uwzględnienia RSS.

Wariant	Koszty – EMPA+STD [zł]	Koszty – STD [zł]	Różnica kosztów [zł]	Efekty – EMPA+STD [QALY]	Efekty – STD [QALY]	Różnica efektów [QALY]	ICUR [zł/QALY]	Zmiana ICUR [%]	Progowa CZN Jardiance 28 tab. x 10 mg [zł] *	Progowa CZN Jardiance 30 tab. x 10 mg [zł] *	Progowa CZN Jardiance 14 tab. x 10 mg [zł] *	Progowa CZN Jardiance 60 tab. x 10 mg [zł] *
P	42 515	28 298	14 217	7,277	6,485	0,792	17 943	-	1 193,29	1 278,53	596,65	2 557,06
1	71 126	48 998	22 128	9,660	8,322	1,339	16 532	-7,9%	1 347,07	1 443,29	673,53	2 886,57
2	27 282	16 375	10 907	5,318	5,065	0,254	42 988	139,6%	520,05	557,20	260,03	1 114,40
3	42 515	28 298	14 217	7,277	6,485	0,792	17 943	<1%	1 193,29	1 278,53	596,65	2 557,06
4	42 628	28 298	14 330	7,277	6,485	0,792	18 086	0,8%	1 168,46	1 251,92	584,23	2 503,84
5	42 397	28 298	14 100	6,793	6,485	0,308	45 729	154,8%	502,20	538,07	251,10	1 076,15
6	42 245	28 298	13 947	7,698	6,485	1,214	11 492	-36,0%	1 743,25	1 867,77	871,62	3 735,53
7	54 729	28 298	26 431	7,188	6,485	0,703	37 579	109,4%	975,41	1 045,08	487,70	2 090,16
8	36 212	28 298	7 914	7,355	6,485	0,871	9 089	-49,3%	1 349,12	1 445,48	674,56	2 890,96
9	49 627	28 298	21 330	7,256	6,485	0,772	27 641	54,0%	1 110,01	1 189,30	555,01	2 378,60
10	42 515	28 298	14 217	7,469	6,663	0,806	17 646	-1,7%	1 213,22	1 299,88	606,61	2 599,76
11	42 515	28 298	14 217	7,090	6,311	0,779	18 246	1,7%	1 173,70	1 257,53	586,85	2 515,06
12	42 515	28 298	14 217	6,976	6,223	0,753	18 873	5,2%	1 135,52	1 216,63	567,76	2 433,26
13	42 515	28 298	14 217	7,347	6,547	0,800	17 773	-1,0%	1 204,63	1 290,67	602,31	2 581,34
14	38 178	23 263	14 916	7,277	6,485	0,792	18 825	4,9%	1 187,83	1 272,67	593,91	2 545,34
15	48 718	35 032	13 686	7,277	6,485	0,792	17 273	-3,7%	1 197,45	1 282,98	598,72	2 565,96
16	83 205	64 150	19 054	7,277	6,485	0,792	24 049	34,0%	1 155,58	1 238,12	577,79	2 476,24
17	53 695	39 546	14 149	7,277	6,485	0,792	17 857	<1%	1 193,82	1 279,10	596,91	2 558,20
18	53 385	39 178	14 207	7,277	6,485	0,792	17 930	<1%	1 193,37	1 278,61	596,69	2 557,22

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq$ 7%  
 i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

Wariant	Koszty – EMPA+STD [zł]	Koszty – STD [zł]	Różnica kosztów [zł]	Efekty – EMPA+STD [QALY]	Efekty – STD [QALY]	Różnica efektów [QALY]	ICUR [zł/QALY]	Zmiana ICUR [%]	Progowa CZN Jardiance 28 tab. x 10 mg [zł] *	Progowa CZN Jardiance 30 tab. x 10 mg [zł] *	Progowa CZN Jardiance 14 tab. x 10 mg [zł] *	Progowa CZN Jardiance 60 tab. x 10 mg [zł] *
P	42 515	28 298	14 217	7,277	6,485	0,792	17 943	-	1 193,29	1 278,53	596,65	2 557,06
19	56 986	28 298	28 689	7,277	6,485	0,792	36 208	101,8%	676,07	724,36	338,03	1 448,71
20	40 580	26 010	14 570	7,245	6,464	0,781	18 650	3,9%	1 178,38	1 262,55	589,19	2 525,10
21	40 598	26 022	14 576	7,187	6,411	0,777	18 767	4,6%	1 179,90	1 264,18	589,95	2 528,36
22	41 197	26 184	15 012	7,226	6,446	0,780	19 258	7,3%	1 174,74	1 258,65	587,37	2 517,30
23	42 637	28 298	14 339	7,277	6,485	0,792	18 098	0,9%	1 192,06	1 277,21	596,03	2 554,42
24	42 563	28 298	14 265	7,277	6,485	0,792	18 004	<1%	1 192,61	1 277,80	596,30	2 555,59
25	43 554	28 298	15 256	7,277	6,485	0,792	19 255	7,3%	1 184,95	1 269,59	592,48	2 539,18
26	41 915	28 298	13 617	7,277	6,485	0,792	17 186	-4,2%	1 199,49	1 285,16	599,74	2 570,33
27	████	████	████	████	████	████	████	████	████	████	████	████
28	████	████	████	████	████	████	████	████	████	████	████	████
29	████	████	████	████	████	████	████	████	████	████	████	████

\* cena zbytu netto za opakowanie Jardiance®, przy której koszt uzyskania dodatkowego QALY jest równy wysokości progowej kosztowej efektywności (190 380 zł/QALY).

Tabela 46. Deterministyczna analiza wrażliwości kosztów-użyteczności; PPP, bez uwzględnienia RSS.

Wariant	Koszty – EMPA+STD [zł]	Koszty – STD [zł]	Różnica kosztów [zł]	Efekty – EMPA+STD [QALY]	Efekty – STD [QALY]	Różnica efektów [QALY]	ICUR [zł/QALY]	Zmiana ICUR [%]	Progowa CZN Jardiance 28 tab. x 10 mg [zł] *	Progowa CZN Jardiance 30 tab. x 10 mg [zł] *	Progowa CZN Jardiance 14 tab. x 10 mg [zł] *	Progowa CZN Jardiance 60 tab. x 10 mg [zł] *
P	38 339	28 269	10 070	7,277	6,485	0,792	12 710	-	2 556,30	2 738,89	1 278,15	5 477,78
1	64 908	48 956	15 952	9,660	8,322	1,339	11 918	-6,2%	2 917,17	3 125,54	1 458,58	6 251,08
2	24 136	16 352	7 784	5,318	5,065	0,254	30 679	141,4%	1 024,81	1 098,01	512,41	2 196,02

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq$ 7%  
i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

Wariant	Koszty – EMPA+STD [zł]	Koszty – STD [zł]	Różnica kosztów [zł]	Efekty – EMPA+STD [QALY]	Efekty – STD [QALY]	Różnica efektów [QALY]	ICUR [zł/QALY]	Zmiana ICUR [%]	Progowa CZN Jardiance 28 tab. x 10 mg [zł] *	Progowa CZN Jardiance 30 tab. x 10 mg [zł] *	Progowa CZN Jardiance 14 tab. x 10 mg [zł] *	Progowa CZN Jardiance 60 tab. x 10 mg [zł] *
P	38 339	28 269	10 070	7,277	6,485	0,792	12 710	-	2 556,30	2 738,89	1 278,15	5 477,78
3	35 008	28 269	6 739	7,277	6,485	0,792	8 506	-33,1%	N/A	N/A	N/A	N/A
4	39 352	28 269	11 083	7,277	6,485	0,792	13 988	10,1%	1 170,41	1 254,01	585,20	2 508,02
5	38 455	28 269	10 186	6,793	6,485	0,308	33 036	159,9%	984,87	1 055,22	492,44	2 110,44
6	37 871	28 269	9 602	7,698	6,485	1,214	7 911	-37,8%	3 846,74	4 121,51	1 923,37	8 243,02
7	50 593	28 269	22 324	7,188	6,485	0,703	31 739	149,7%	2 057,04	2 203,97	1 028,52	4 407,95
8	32 001	28 269	3 732	7,355	6,485	0,871	4 287	-66,3%	2 921,96	3 130,67	1 460,98	6 261,34
9	45 459	28 269	17 190	7,256	6,485	0,772	22 277	75,3%	2 363,19	2 531,99	1 181,60	5 063,98
10	38 339	28 269	10 070	7,469	6,663	0,806	12 499	-1,7%	2 603,06	2 789,00	1 301,53	5 577,99
11	38 339	28 269	10 070	7,090	6,311	0,779	12 924	1,7%	2 510,32	2 689,63	1 255,16	5 379,25
12	38 339	28 269	10 070	6,976	6,223	0,753	13 368	5,2%	2 422,05	2 595,05	1 211,03	5 190,11
13	38 339	28 269	10 070	7,347	6,547	0,800	12 589	-1,0%	2 582,90	2 767,39	1 291,45	5 534,78
14	34 030	23 262	10 768	7,277	6,485	0,792	13 591	6,9%	2 543,49	2 725,16	1 271,74	5 450,33
15	44 565	35 027	9 538	7,277	6,485	0,792	12 038	-5,3%	2 566,07	2 749,37	1 283,04	5 498,73
16	78 797	63 919	14 877	7,277	6,485	0,792	18 777	47,7%	2 468,91	2 645,27	1 234,46	5 290,53
17	48 462	38 401	10 061	7,277	6,485	0,792	12 698	<1%	2 556,48	2 739,08	1 278,24	5 478,16
18	48 462	38 401	10 061	7,277	6,485	0,792	12 698	<1%	2 556,48	2 739,08	1 278,24	5 478,16
19	49 701	28 269	21 432	7,277	6,485	0,792	27 049	112,8%	1 377,44	1 475,83	688,72	2 951,65
20	36 423	25 982	10 441	7,245	6,464	0,781	13 364	5,1%	2 521,31	2 701,40	1 260,66	5 402,81
21	36 473	25 993	10 480	7,187	6,411	0,777	13 493	6,2%	2 524,87	2 705,22	1 262,43	5 410,43

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c ≥7%  
 i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

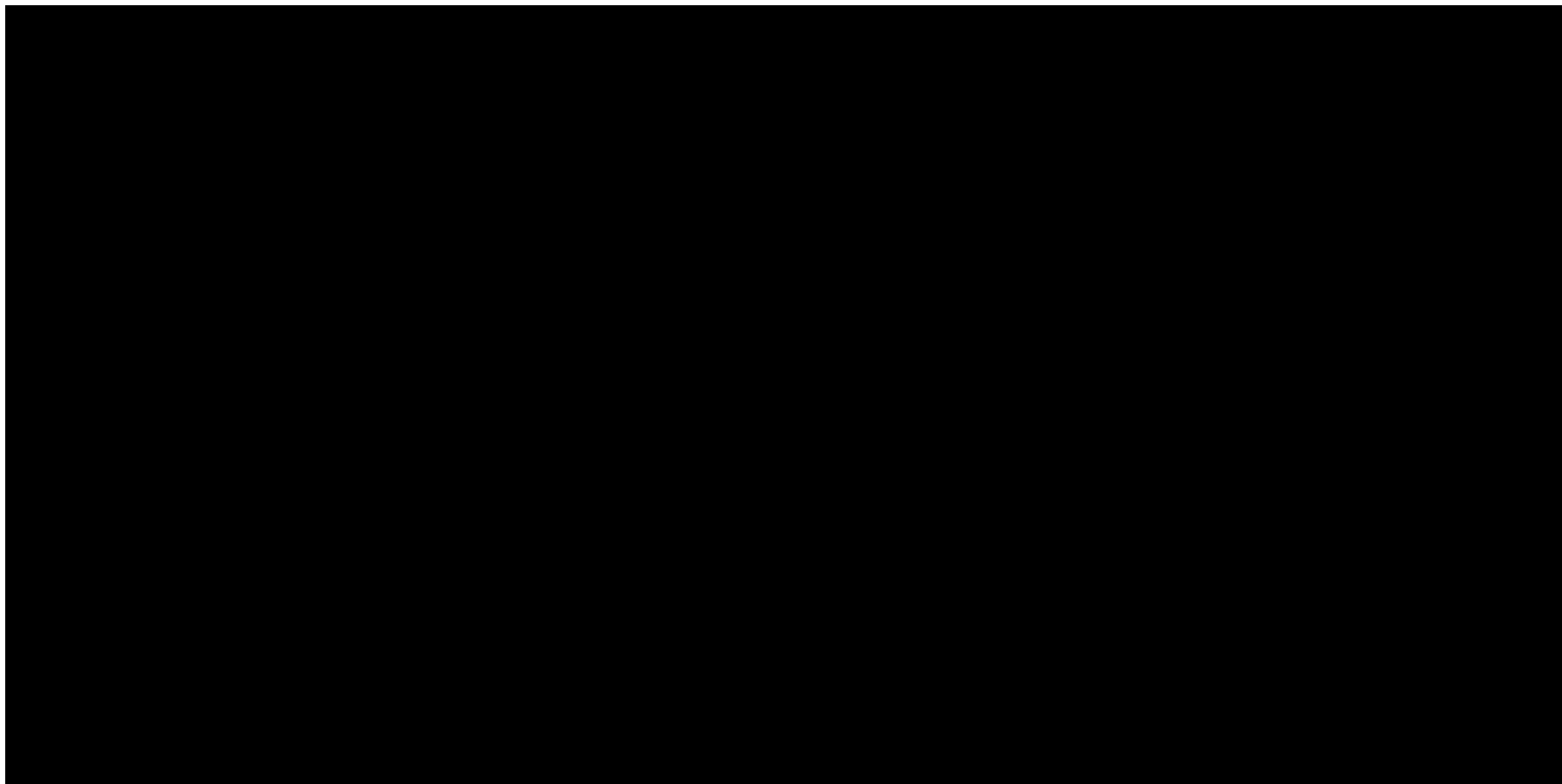
Wariant	Koszty – EMPA+STD [zł]	Koszty – STD [zł]	Różnica kosztów [zł]	Efekty – EMPA+STD [QALY]	Efekty – STD [QALY]	Różnica efektów [QALY]	ICUR [zł/QALY]	Zmiana ICUR [%]	Progowa CZN Jardiance 28 tab. x 10 mg [zł] *	Progowa CZN Jardiance 30 tab. x 10 mg [zł] *	Progowa CZN Jardiance 14 tab. x 10 mg [zł] *	Progowa CZN Jardiance 60 tab. x 10 mg [zł] *
P	38 339	28 269	10 070	7,277	6,485	0,792	12 710	-	2 556,30	2 738,89	1 278,15	5 477,78
22	37 049	26 157	10 892	7,226	6,446	0,780	13 973	9,9%	2 512,76	2 692,25	1 256,38	5 384,49
23	38 394	28 269	10 125	7,277	6,485	0,792	12 778	0,5%	2 536,67	2 717,86	1 268,34	5 435,72
24	38 361	28 269	10 092	7,277	6,485	0,792	12 737	<1%	2 547,00	2 728,93	1 273,50	5 457,86
25	38 803	28 269	10 534	7,277	6,485	0,792	13 295	4,6%	2 530,95	2 711,73	1 265,48	5 423,47
26	38 072	28 269	9 803	7,277	6,485	0,792	12 372	-2,7%	2 622,32	2 809,63	1 311,16	5 619,26
27	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
28	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
29	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

\* cena zbytu netto za opakowanie Jardiance®, przy której koszt uzyskania dodatkowego QALY jest równy wysokości progowej efektywności (190 380 zł/QALY).

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c ≥7%  
 i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

Wykres 13. Wykres przedstawiający uszeregowane malejąco wartości ICUR w analizie wrażliwości kosztów-użyteczności; PPP+P, bez uwzględnienia RSS.

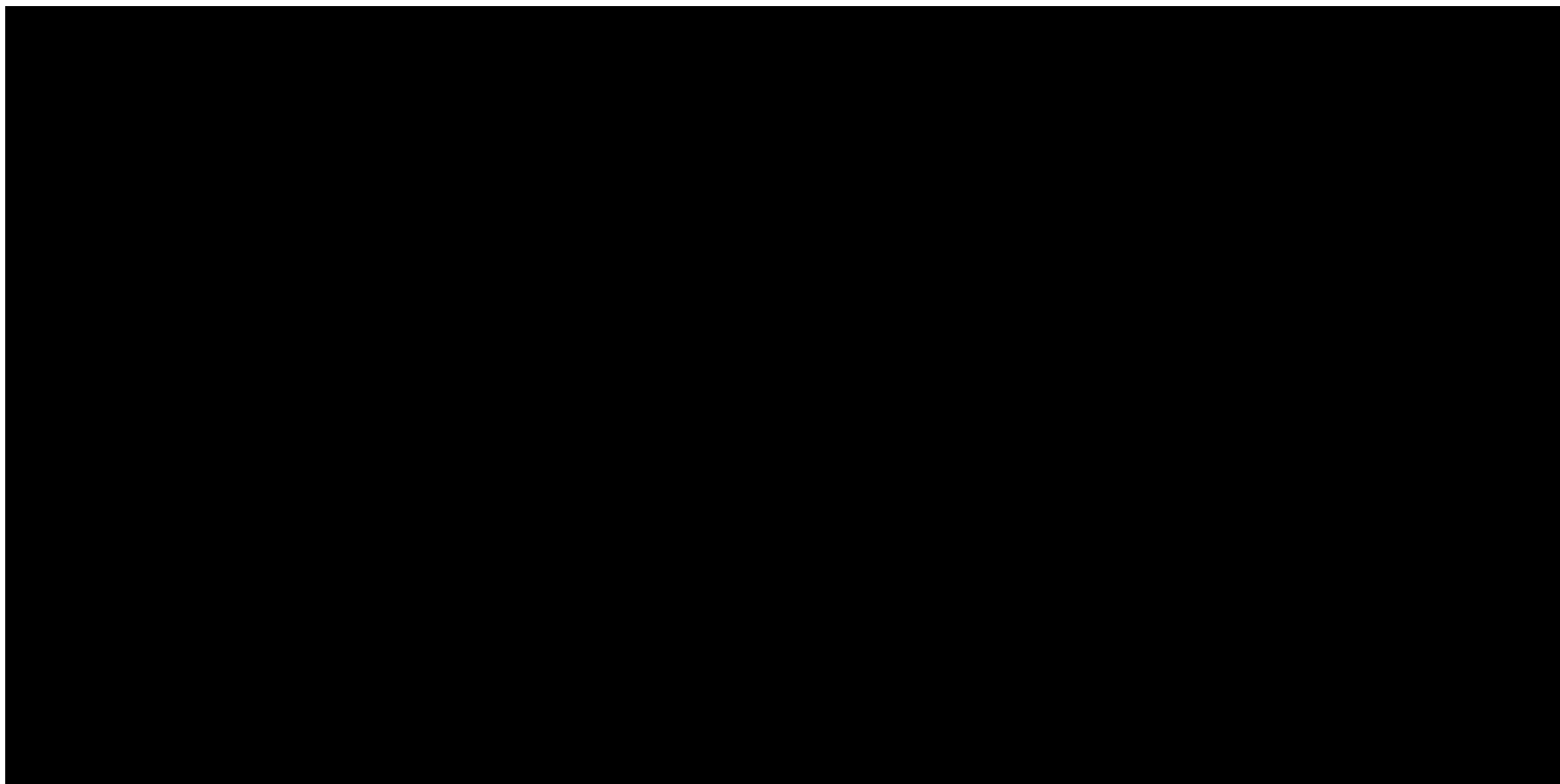


Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$   
i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym



Wykres 14. Wykres przedstawiający uszeregowane malejąco wartości ICUR w analizie wrażliwości kosztów-użyteczności; PPP, bez uwzględnienia RSS.



Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$   
i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

Przeprowadzona analiza wrażliwości wskazuje na stabilność przyjętych założeń – w każdym z rozważanych wariantów z perspektywy płatnika publicznego (PPP) oraz perspektywy wspólnej (PPP+P), strategia polegająca na dodaniu empagliflozyny do standardowego leczenia przeciwcukrzycowego u chorych wysokiego ryzyka sercowo-naczyniowego pozostawała kosztowo-efektywna przy ustalonym progu opłacalności technologii medycznych w Polsce.

Wpływ modyfikacji poszczególnych parametrów modelu na wyniki jest analogiczny jak w analizie z uwzględnieniem RSS (zob. Rozdział 13.1), [REDACTED]. Podobnie, największa niepewność wyników związana jest z oszacowaniem skuteczności empagliflozyny w zakresie redukcji powikłań makro- i mikro-naczyniowych oraz zdarzeń sercowo-naczyniowych.

## 14 Wyniki probabilistycznej analizy wrażliwości

Głównym celem analizy probabilistycznej jest zbadanie czułości modelu na niepewności dotyczące przyjętych w analizie wartości parametrów wejściowych, w szczególności ustalenie czy zmiany wyniku modelu mają charakter ciągły względem zmian wartości parametrów wejściowych (mała zmiana parametru prowadzi do małej zmiany wyników) oraz zbadanie zakresu zmienności oszacowań efektów zdrowotnych.

### 14.1 Analiza z uwzględnieniem instrumentu dzielenia ryzyka (z RSS)

Poniżej przedstawiono wyniki probabilistycznej analizy wrażliwości z perspektywy wspólnej podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych i pacjenta.

Tabela 47. Wyniki probabilistycznej analizy wrażliwości kosztów-użyteczności; PPP+P, z uwzględnieniem RSS.

Wyniki (EMPA + STD vs STD)	Strategia	Średnia	95% LCL	95% UCL
Koszty [zł]	EMPA + STD	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
	STD	25 714	16 099	36 968
Koszty inkrementalne [zł]	EMPA + STD vs STD	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
Efekty [QALY]	EMPA + STD	6,825	5,784	7,661
	STD	6,046	5,111	6,858

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$  i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

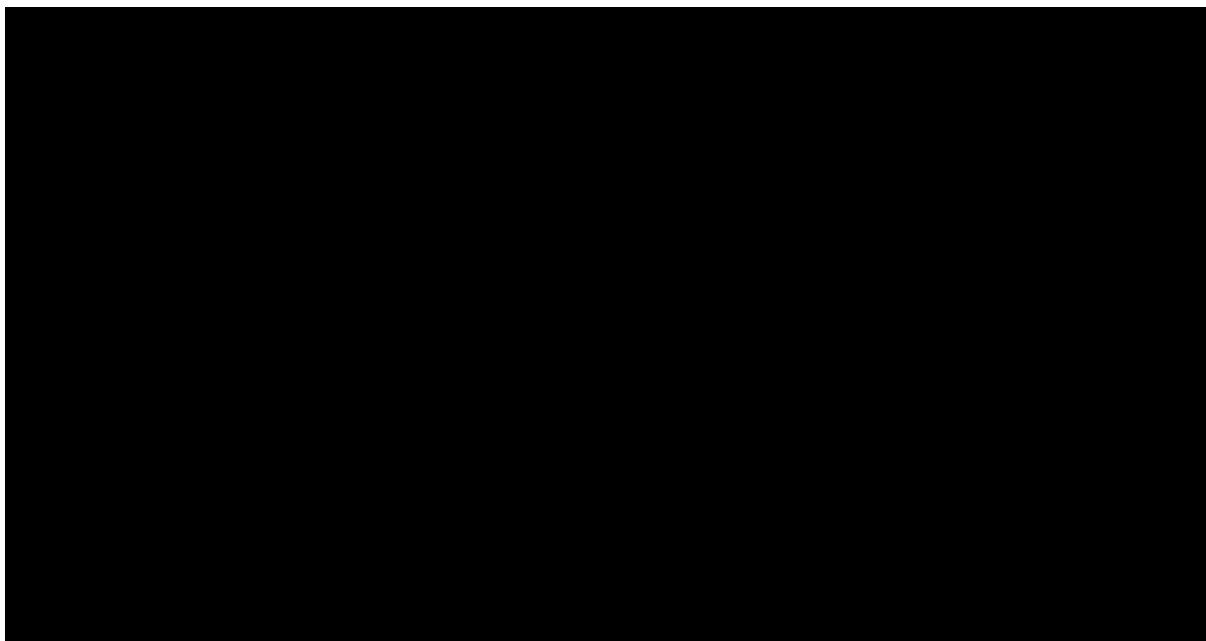
Wyniki (EMPA + STD vs STD)	Strategia	Średnia	95% LCL	95% UCL
Efekt inkrementalny [QALY]	EMPA + STD vs STD	0,778	0,474	1,072
Efekty [LY]	EMPA + STD	8,983	8,517	9,325
	STD	7,961	7,440	8,373
Efekt inkrementalny [LY]	EMPA + STD vs STD	1,022	0,640	1,431
ICUR [zł/QALY]	EMPA + STD vs STD	█	█	█
ICER [zł/LYG]	EMPA + STD vs STD	█	█	█

Leczenie empagliflozyną jest strategią o wyższej skuteczności w porównaniu do stosowania wyłącznie leczenia standardowego. Inkrementalny dyskontowany efekt zdrowotny wynikający z dołączenia produktu Jardiance® do STD oszacowano na **0,778 QALY** i **1,022 lat życia** w przeliczeniu na jednego pacjenta.

Średni koszt uzyskania dodatkowego roku życia skorygowanego o jakość (QALY) w analizie probabilistycznej wynosi █ i jest zbliżony do wartości ICUR w analizie podstawowej (█; por. Rozdział 12.2.1).

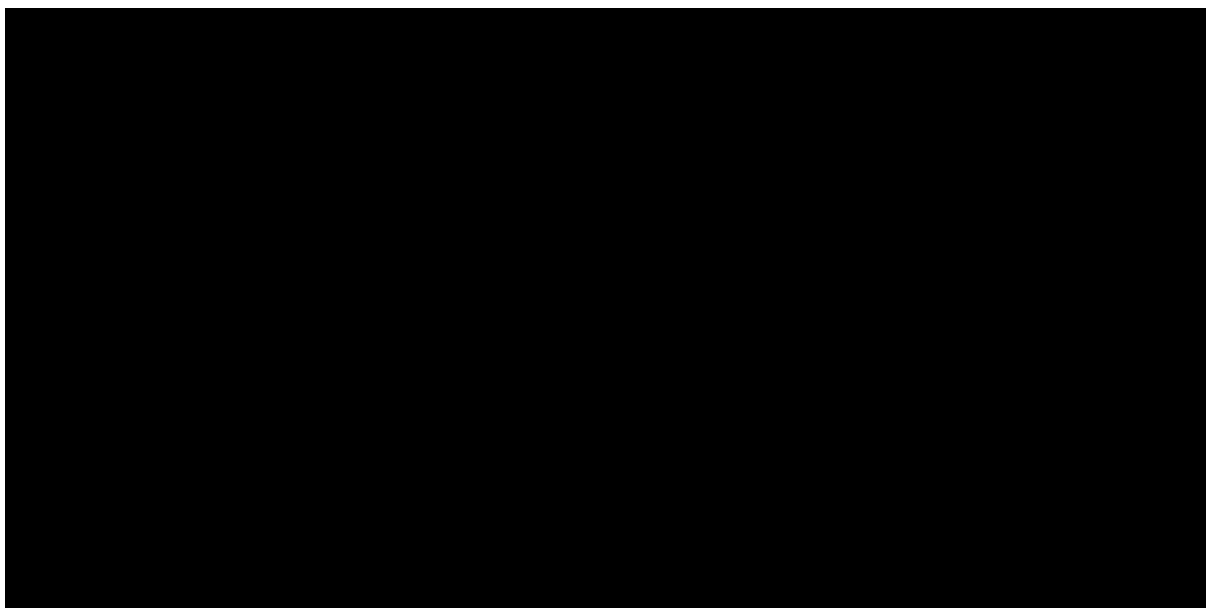
Niepewność wyników modelu zobrazowano poniżej za pomocą wykresu rozrzutu (*scatterplot*), w którym każdy punkt umieszczony w płaszczyźnie koszt – użyteczność przedstawia różnicę całkowitych kosztów oraz różnicę wyników zdrowotnych (QALY) między strategiami z zastosowaniem i bez zastosowania empagliflozyny, uzyskaną w pojedynczej próbie symulacji Monte Carlo. Dodatkowo wartości na wykresie oznaczają wyższy koszt całkowity (oś rzędnych) oraz wyższy efekt zdrowotny (oś odciętych) strategii z zastosowaniem Jardiance®.

Wykres 15. Wykres rozrzutu wyników probabilistycznej analizy wrażliwości; PPP+P, z uwzględnieniem RSS.



Wyniki analizy probabilistycznej przedstawiono na poniższym wykresie w postaci krzywej akceptowalności, wyrażającej prawdopodobieństwo kosztowej efektywności strategii z zastosowaniem empagliflozyny, jako funkcję gotowości płatnika do zapłaty za jednostkę efektu zdrowotnego (QALY). Prawdopodobieństwo w danym punkcie krzywej obliczono jako odsetek prób symulacji PSA, dla których obliczony ICUR nie przekraczał zadanej wartości gotowości do płacenia (WTP).

Wykres 16. Krzywa akceptowalności dla strategii EMPA+STD; PPP+P, z uwzględnieniem RSS.



Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$   
i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

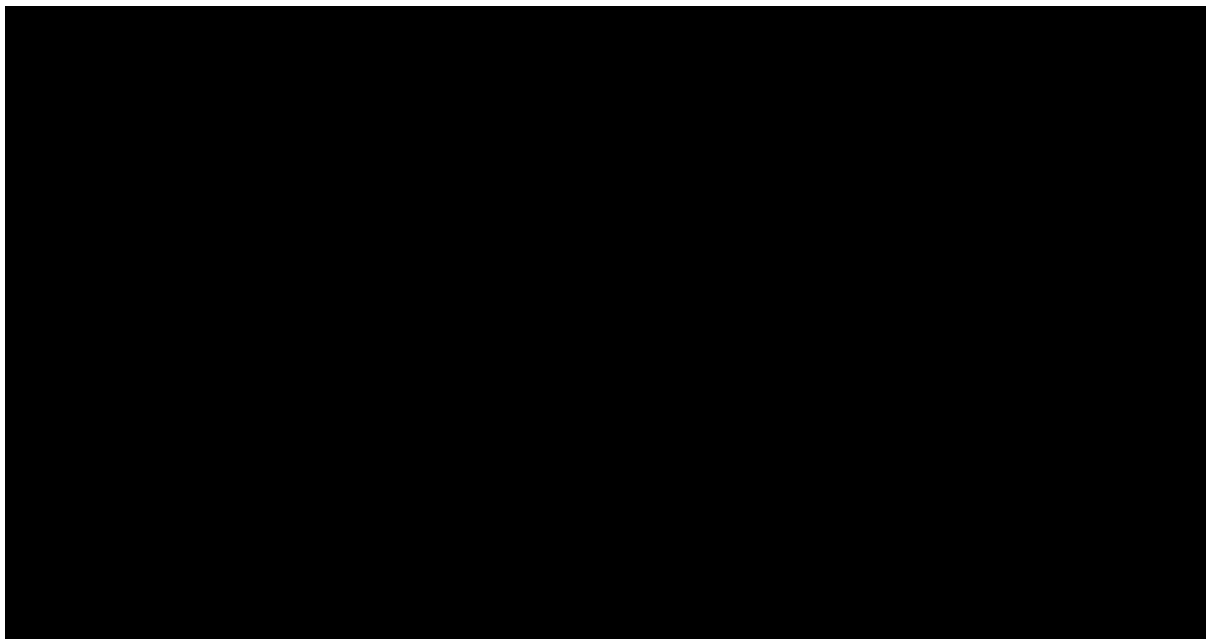
Prawdopodobieństwo, że dodanie produktu Jardiance® do standardowego leczenia przeciwcukrzycowego jest strategią kosztowo-efektywną przy gotowości do płacenia w wysokości trzykrotności Produktu Krajowego Brutto (PKB) na jednego mieszkańca (190 380 zł/QALY), wynosi [REDACTED] z perspektywy wspólnej, pod warunkiem realizacji proponowanego instrumentu dzielenia ryzyka.

Wyniki PSA z perspektywy podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych przedstawia Tabela 48 oraz Wykres 17 i Wykres 18.

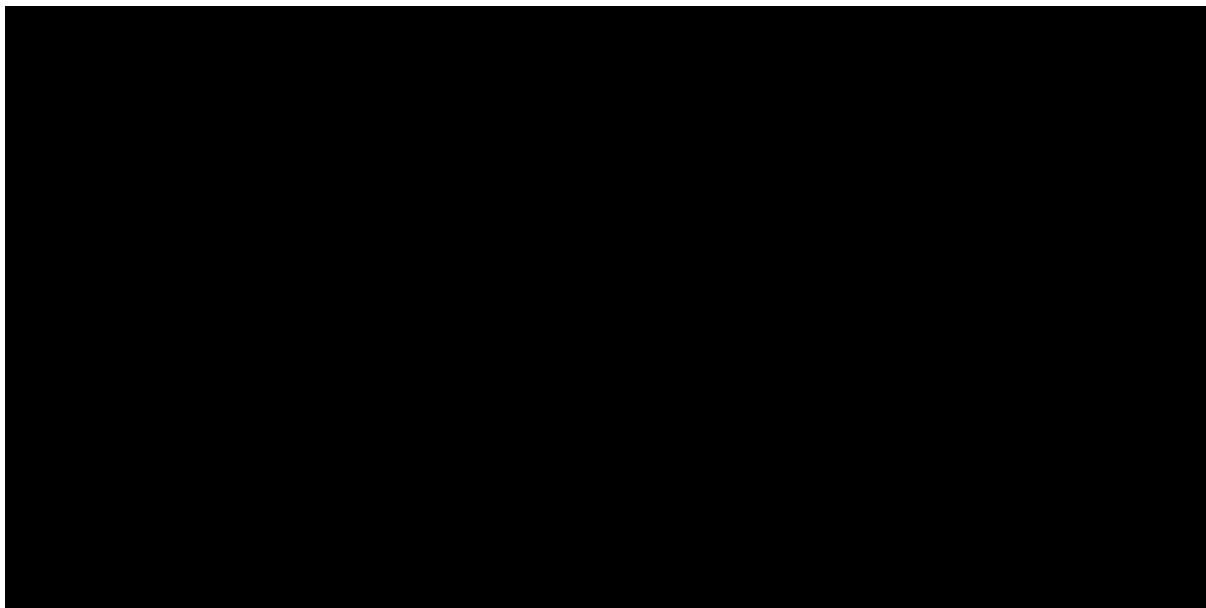
Tabela 48. Wyniki probabilistycznej analizy wrażliwości kosztów-użyteczności; PPP, z uwzględnieniem RSS.

Wyniki (EMPA + STD vs STD)	Strategia	Średnia	95% LCL	95% UCL
Koszty [zł]	EMPA + STD	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
	STD	26 027	16 500	39 031
Koszty inkrementalne [zł]	EMPA + STD vs STD	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
Efekty [QALY]	EMPA + STD	6,805	5,719	7,729
	STD	6,021	5,105	6,864
Efekt inkrementalny [QALY]	EMPA + STD vs STD	0,783	0,466	1,148
Efekty [LY]	EMPA + STD	8,983	8,512	9,327
	STD	7,950	7,466	8,359
Efekt inkrementalny [LY]	EMPA + STD vs STD	1,032	0,629	1,469
<b>ICUR [zł/QALY]</b>	<b>EMPA + STD vs STD</b>	<b>[REDACTED]</b>	<b>[REDACTED]</b>	<b>[REDACTED]</b>
<b>ICER [zł/LYG]</b>	<b>EMPA + STD vs STD</b>	<b>[REDACTED]</b>	<b>[REDACTED]</b>	<b>[REDACTED]</b>

Wykres 17. Wykres rozrzutu wyników probabilistycznej analizy wrażliwości; PPP, z uwzględnieniem RSS.



Wykres 18. Krzywa akceptowalności dla strategii EMPA+STD; PPP, z uwzględnieniem RSS.



Leczenie empagliflozyną jest strategią o wyższej skuteczności w porównaniu do stosowania wyłącznie leczenia standardowego. Inkrementalny dyskontowany efekt zdrowotny wynikający z dołączenia produktu Jardiance® do STD oszacowano na **0,783 QALY** i **1,032 lat życia** w przeliczeniu na jednego pacjenta.

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$   
i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

Średni koszt uzyskania dodatkowego roku życia skorygowanego o jakość (QALY) w analizie probabilistycznej wynosi [REDACTED] i jest zbliżony do wartości ICUR w analizie podstawowej ([REDACTED]; por. Rozdział 12.2.1).

Prawdopodobieństwo, że dodanie produktu Jardiance® do standardowego leczenia przeciwcukrzycowego jest strategią kosztowo-efektywną przy gotowości do płacenia w wysokości trzykrotności Produktu Krajowego Brutto (PKB) na jednego mieszkańca (190 380 zł/QALY), wynosi [REDACTED] z perspektywy płatnika publicznego, pod warunkiem realizacji proponowanego instrumentu dzielenia ryzyka

## 14.2 Analiza bez uwzględnienia instrumentu dzielenia ryzyka (bez RSS)

Poniżej przedstawiono wyniki probabilistycznej analizy wrażliwości z perspektywy wspólnej podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych i pacjenta.

Tabela 49. Wyniki probabilistycznej analizy wrażliwości kosztów-użyteczności; PPP+P, bez uwzględnienia RSS.

Wyniki (EMPA+STD vs STD)	Strategia	Średnia	95% LCL	95% UCL
Koszty [zł]	EMPA + STD	39 500	32 692	49 435
	STD	26 136	16 807	38 012
Koszty inkrementalne [zł]	EMPA + STD vs STD	13 363	2 084	23 627
Efekty [QALY]	EMPA + STD	6,762	5,778	7,677
	STD	5,995	5,089	6,842
Efekt inkrementalny [QALY]	EMPA + STD vs STD	0,767	0,464	1,102
Efekty [LY]	EMPA + STD	8,988	8,540	9,346
	STD	7,971	7,494	8,426
Efekt inkrementalny [LY]	EMPA + STD vs STD	1,018	0,586	1,424
<b>ICUR [zł/QALY]</b>	<b>EMPA + STD vs STD</b>	<b>17 878</b>	<b>2 479</b>	<b>34 193</b>
<b>ICER [zł/LYG]</b>	<b>EMPA + STD vs STD</b>	<b>13 472</b>	<b>1 917</b>	<b>25 794</b>

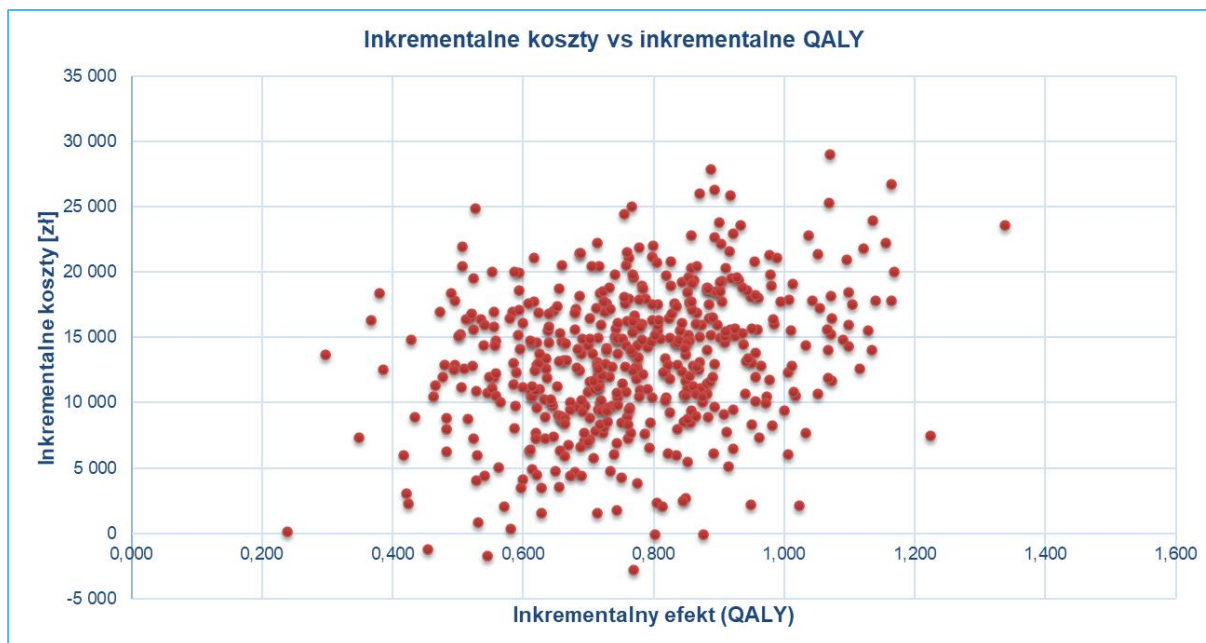
Leczenie empagliflozyną jest strategią o wyższej skuteczności w porównaniu do stosowania wyłącznie leczenia standardowego. Inkrementalny dyskontowany efekt zdrowotny wynikający z dołączenia produktu Jardiance® do STD oszacowano na **0,767 QALY** i **1,018 lat życia** w przeliczeniu na jednego pacjenta.

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$   
i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

Średni koszt uzyskania dodatkowego roku życia skorygowanego o jakość (QALY) w analizie probabilistycznej z perspektywy PPP+P, bez uwzględniania RSS wynosi **17 878 zł/QALY** i jest zbliżony do wartości ICUR w analizie podstawowej (17 943 zł/QALY; por. Rozdział 12.2.2).

Wykres 19. Wykres rozrzutu wyników probabilistycznej analizy wrażliwości; PPP+P, bez uwzględnienia RSS.



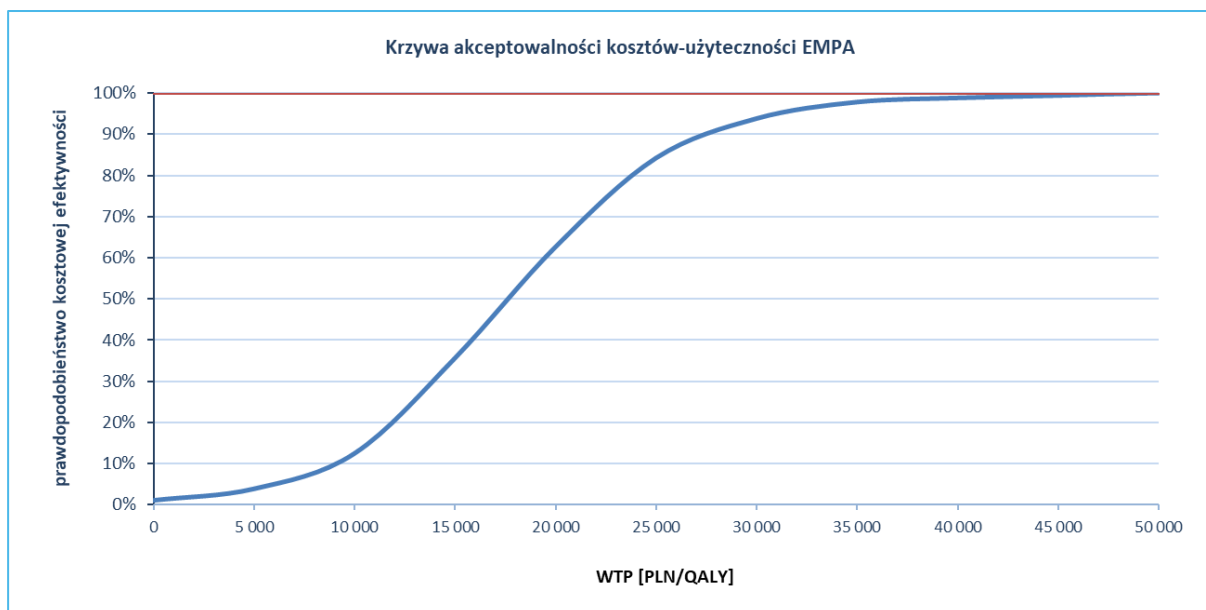
Wyniki analizy probabilistycznej przedstawiono na poniższym wykresie w postaci krzywej akceptowalności, wyrażającej prawdopodobieństwo kosztowej efektywności strategii z zastosowaniem empagliflozyny, jako funkcję gotowości płatnika do zapłaty za jednostkę efektu zdrowotnego (QALY). Prawdopodobieństwo w danym punkcie krzywej obliczono jako odsetek prób symulacji PSA, dla których obliczony ICUR nie przekraczał zadanej wartości gotowości do płacenia (WTP)

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$   
i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym



Wykres 20. Krzywa akceptowalności dla strategii EMPA+STD; PPP+P, bez uwzględnienia RSS.



Prawdopodobieństwo, że dodanie produktu Jardiance® do standardowego leczenia przeciwcukrzycowego jest strategią kosztowo-efektywną przy gotowości do płacenia w wysokości trzykrotności Produktu Krajowego Brutto (PKB) na jednego mieszkańca (190 380 zł/QALY), wynosi 100% z perspektywy wspólnej, bez instrumentu dzielenia ryzyka.

Wyniki PSA z perspektywy podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych bez uwzględniania instrumentu dzielenia ryzyka przedstawia Tabela 50 oraz Wykres 21 i Wykres 22.

Tabela 50. Wyniki probabilistycznej analizy wrażliwości kosztów-użyteczności; PPP, bez uwzględnienia RSS.

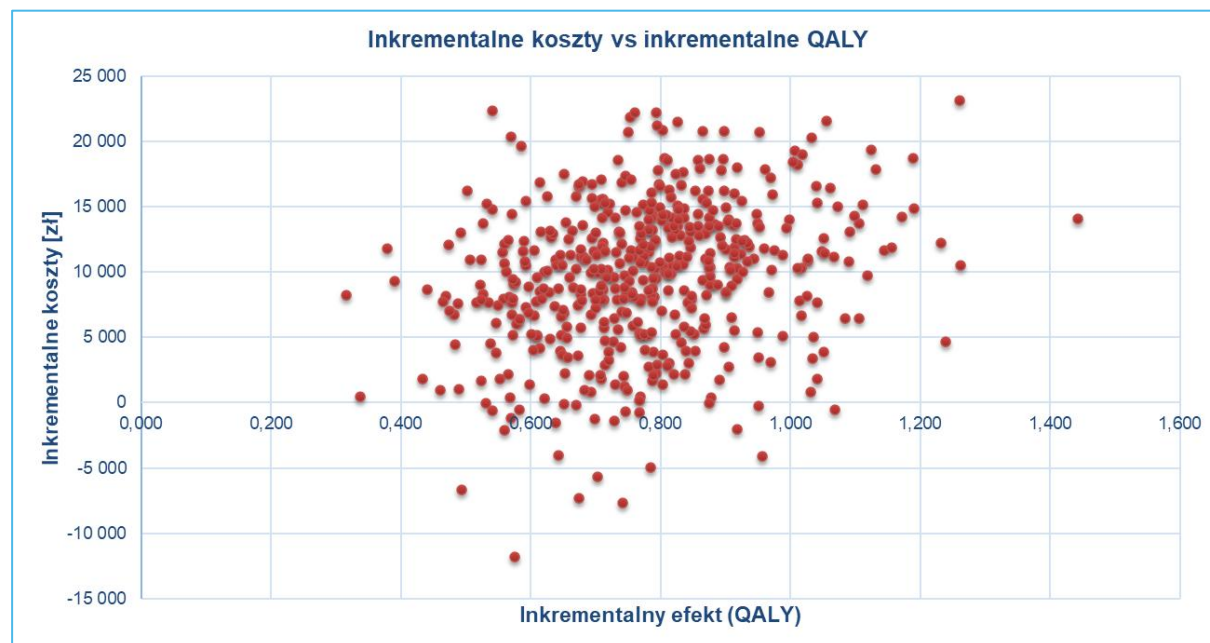
Wyniki (EMPA+STD vs STD)	Strategia	Średnia	95% LCL	95% UCL
Koszty [zł]	EMPA + STD	35 465	28 420	44 043
	STD	25 632	16 057	38 699
Koszty inkrementalne [zł]	EMPA + STD vs STD	9 833	-1 216	20 597
Efekty [QALY]	EMPA + STD	6,742	5,705	7,710
	STD	5,967	5,004	6,848
Efekt inkrementalny [QALY]	EMPA + STD vs STD	0,776	0,485	1,115
Efekty [LY]	EMPA + STD	8,996	8,539	9,381
	STD	7,963	7,515	8,395

Jardiance® (empagliflozyna)

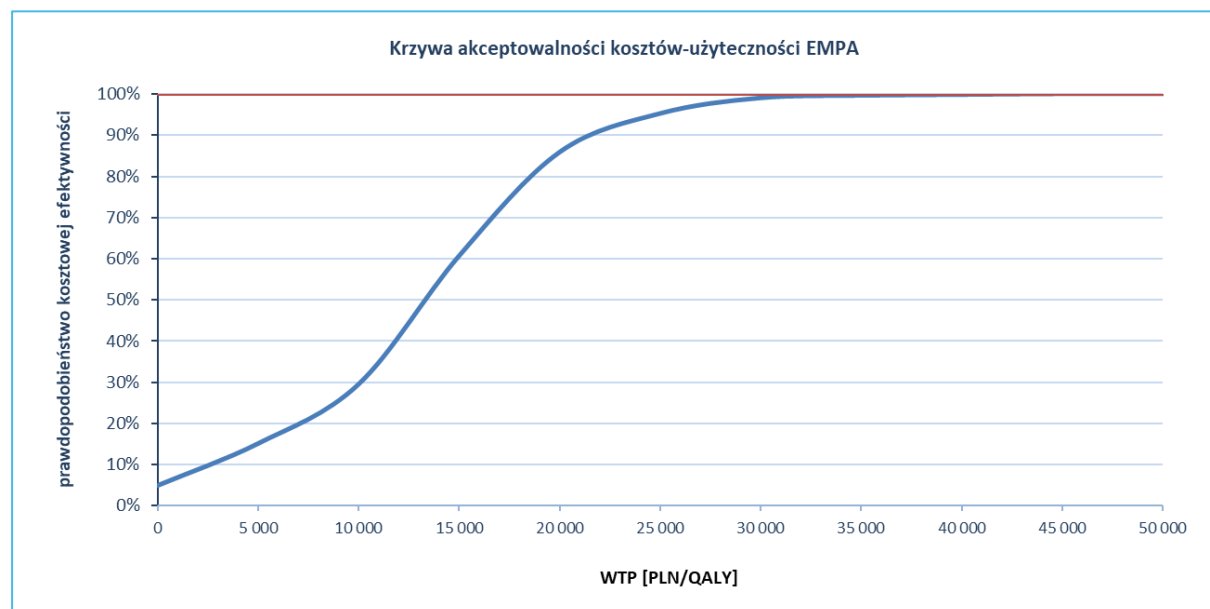
u pacjentów z cukrzycą typu 2 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$  i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

Wyniki (EMPA+STD vs STD)	Strategia	Średnia	95% LCL	95% UCL
Efekt inkrementalny [LY]	EMPA + STD vs STD	1,033	0,648	1,454
<b>ICUR [zł/QALY]</b>	<b>EMPA + STD vs STD</b>	<b>12 846</b>	<b>-1 869</b>	<b>26 821</b>
<b>ICER [zł/LYG]</b>	<b>EMPA + STD vs STD</b>	<b>9 572</b>	<b>-1 405</b>	<b>19 750</b>

Wykres 21. Wykres rozrzutu wyników probabilistycznej analizy wrażliwości; PPP, bez uwzględnienia RSS.



Wykres 22. Krzywa akceptowalności dla strategii EMPA+STD; PPP, bez uwzględnienia RSS.



Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$   
 i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

Leczenie empagliflozyną jest strategią o wyższej skuteczności w porównaniu do stosowania wyłącznie leczenia standardowego. Inkrementalny dyskontowany efekt zdrowotny wynikający z dołączenia produktu Jardiance® do STD oszacowano na **0,776 QALY i 1,033 lat życia** w przeliczeniu na jednego pacjenta.

Średni koszt uzyskania dodatkowego roku życia skorygowanego o jakość (QALY) w analizie probabilistycznej wynosi **12 846 zł/QALY** i jest zbliżony do wartości ICUR w analizie podstawowej (12 710 zł/QALY; por. Rozdział 12.2.2).

Prawdopodobieństwo, że dodanie produktu Jardiance® do standardowego leczenia przeciwcukrzycowego jest strategią kosztowo-efektywną przy gotowości do płacenia w wysokości trzykrotności Produktu Krajowego Brutto (PKB) na jednego mieszkańca (190 380 zł/QALY), wynosi 100% z perspektywy płatnika publicznego, bez instrumentu dzielenia ryzyka.

## 15 Ograniczenia analizy

Najważniejsze ograniczenia modelu ekonomicznego empagliflozyny przedstawiono w poniższych punktach:

- Struktura modelu oraz wykorzystane źródła danych nie pozwalały na modelowanie kolejnych linii leczenia, w szczególności modyfikacji (intensyfikacji) leczenia przeciwcukrzycowego w czasie. Przyjęte w modelu założenia dotyczące kosztów dalszego leczenia były jednak konserwatywne, zatem powyższe ograniczenie nie powinno wpływać na wnioskowanie z analizy.
- W modelu nie uwzględniono kilku bardzo rzadkich, lecz poważnych powikłań cukrzycy, takich jak utrata widzenia i amputacje, jak również lżejszych, lecz częstych powikłań związanych z leczeniem, np. infekcji dróg moczowo-płciowych. Częstość zdarzeń zaawansowanej mikroangiopatii była zbyt niska, by możliwe było ich uchwycenie w badaniu *EMPA-REG OUTCOME*. W niezależnych badaniach wykazano, że ryzyko zdarzeń mikronaczyniowych można przewidzieć poprzez zmiany poziomu HbA1c. Biorąc pod uwagę wykazany w badaniu *EMPA-REG OUTCOME*, korzystny wpływ empagliflozyny w zakresie kontroli glikemii, pominięcie rzadkich powikłań mikroangiopatii można uznać za podejście konserwatywne. Z kolei pominięcie infekcji dróg moczowo-płciowych – zdarzenia występującego istotnie częściej w ramieniu empagliflozyny – wydaje się zaniedbywalne z uwagi na przejściowy charakter i umiarkowane nasilenie epizodów.
- W modelu nie uwzględniano wpływu hipoglikemii na jakość życia chorych. Częstość potwierdzonych epizodów hipoglikemii nie różniła się jednak między porównywanymi grupami w badaniu

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$   
i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

*EMPA-REG OUTCOME* (28% pacjentów w każdej z grup), a epizody wymagające pomocy osób trzecich występowały rzadko (1,5% w ramieniu PBO i 1,3% w połączonej grupie EMPA). Biorąc pod uwagę, że dodanie EMPA nie zwiększa częstości hipoglikemii, a ryzyko hipoglikemii może być odzwierciedlone w użyteczności stanów zdrowotnych modelu, pominięcie hipoglikemii nie powinno mieć istotnego wpływu na wyniki i wnioski z analizy.

## 16 Dyskusja

Celem analizy była ocena zasadności ekonomicznej finansowania ze środków publicznych w warunkach polskich produktu leczniczego Jardiance® (empagliflozyna) w leczeniu pacjentów z cukrzycą typu 2, stosujących co najmniej jeden lek przeciwcukrzycowy, z niewystarczająco kontrolowaną cukrzycą oraz z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym. Powyższej oceny dokonano przeprowadzając analizę kosztów-użyteczności i kosztów-efektywności, z wykorzystaniem dostarczonego przez Wnioskodawcę modelu globalnego, adaptowanego do warunków polskiego systemu ochrony zdrowia.

Analizę przeprowadzono w horyzoncie dożywotnym, z perspektywy płatnika publicznego (PPP) oraz dodatkowo z perspektywy wspólnej płatnika publicznego i pacjentów (PPP+P). W oparciu o przeprowadzoną analizę problemu decyzyjnego (*APD Jardiance 2024*) zdefiniowano kontekst kliniczny, postępując się schematem PICO. Ponieważ empagliflozyna stanowi terapię dodaną do aktualnego leczenia przeciwcukrzycowego, w związku z tym za odpowiedni komparator dla wnioskowanej interwencji przyjęto kontynuację dotychczasowej terapii przeciwcukrzycowej (STD).

Głównymi wynikami analizy były inkrementalne koszty oraz efekty zdrowotne, wyrażone w latach życia skorygowanych o jakość (QALY), które wyznaczono przy pomocy modelowania przeżycia pacjenta w dożywotnym horyzoncie czasowym. Model ekonomiczny, w oparciu o który wyznaczono powyższe wartości miał strukturę symulacji zdarzeń dyskretnych. W odróżnieniu od standardowych modeli wykorzystujących technikę symulacji kohortowej, modele symulacji indywidualnej (mikrosymulacji przeprowadzonej z poziomu pacjenta) uwzględniają wpływ różnic w charakterystyce poszczególnych pacjentów na wyniki zdrowotne i koszty leczenia. Techniki mikrosymulacji znajdują szczególne zastosowanie w modelowaniu przebiegu cukrzycy, gdyż dostępne badania długookresowe wskazują jednoznacznie na obecność istotnych czynników ryzyka powikłań cukrzycy i zgonu sercowo-naczyniowego na poziomie pojedynczego pacjenta (np. wiek, BMI, stężenie HbA1c, historia powikłań).

**Jardiance® (empagliflozyna)** | u pacjentów z cukrzycą typu 2  
leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$   
i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

Przy założeniach analizy podstawowej, strategia polegająca na dodaniu empagliflozyny do standardowego leczenia przeciwcukrzycowego jest wysoce kosztowo-efektywna zarówno z perspektywy płatnika publicznego (koszt dodatkowego QALY równy [REDACTED] z uwzględnieniem RSS i 12 710 zł bez RSS), jak i perspektywy wspólnej, obejmującej wydatki płatnika publicznego i pacjentów (ICUR równy [REDACTED] z uwzględnieniem RSS i 17 943 zł/QALY bez RSS). Zastosowanie produktu Jardiance® prowadzi do znaczącego wydłużenia czasu przeżycia: całkowitego (dodatkowy efekt dyskontowany: 1,07 LYG) i skorygowanego o jakość (dodatkowy efekt dyskontowany: 0,79 QALY). Wyniki analizy wrażliwości jednoznacznie potwierdziły kosztową efektywność empagliflozyny – we wszystkich wariantach AW, niezależnie od przyjętej perspektywy oraz uwzględnienia instrumentu dzielenia ryzyka, w ramieniu EMPA uzyskiwano dodatkowy efekt zdrowotny przy zwiększonych wydatkach płatnika, a koszt uzyskania QALY nie przekraczał progu opłacalności (190 380 zł). Stabilność wyników potwierdzono również w probabilistycznej analizie wrażliwości – w każdym wariancie PSA strategia z empagliflozyną była kosztowo-efektywna z prawdopodobieństwem [REDACTED]

W badaniu klinicznym *EMPA-REG OUTCOME*, przeprowadzonym w populacji zgodnej z wnioskowanymi wskazaniami refundacyjnymi, empagliflozynę stosowano w dziennej dawce 10 lub 25 mg. W badaniu nie obserwowano efektu dawki w odniesieniu do istotnych klinicznie punktów końcowych – wartości względnego hazardu zgonu, zdarzeń sercowo-naczyniowych, wyników związanych z niewydolnością serca i nefropatii były zbliżone u chorych przyjmujących empagliflozyną w dawce 10 i 25 mg dziennie. W związku z powyższym, oraz biorąc pod uwagę, że wniosek o refundację dotyczy wyłącznie opakowania zawierającego tabletki o mocy 10 mg, w analizie założono, że chory będzie otrzymywał dawkę równą 10 mg empagliflozyny dziennie.

Przeprowadzona analiza ma kilka mocnych stron, z których najważniejszą jest wykorzystanie – jako wyłącznego źródła danych klinicznych w modelu – dużego, randomizowanego badania *EMPA-REG OUTCOME*. Modelowanie długookresowej skuteczności farmakoterapii cukrzycy polega standardowo na przekształceniu surogatów (krótkookresowych wyników skuteczności klinicznej, np. zmiana stężenia HbA1c, zmiana ciśnienia tętniczego krwi) na istotne punkty końcowe (wystąpienie powikłań, zgon) z wykorzystaniem walidowanych równań ryzyka powikłań, skonstruowanych w oparciu o zewnętrzne zbiory danych (np. wieloletnie badanie populacyjne UKPDS). Podejście to – najczęściej wynikające z braku danych o skuteczności badanych interwencji w ocenie twardych punktów końcowych – wiąże się z ograniczeniami związanymi z nieznanym czasem utrzymywania się efektu interwencji oraz rzeczywistym wpływem poszczególnych surogatów na istotne zdarzenia kliniczne. Niniejszy model wykorzystuje natomiast

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$   
i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

bezpośrednio wyniki skuteczności w odniesieniu do twardych, istotnych klinicznie punktów końcowych – częstości najważniejszych powikłań cukrzycy oraz zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych, bez konieczności posługiwania się surogatami. W odróżnieniu od modeli dla innych leków przeciwcukrzycowych, w szczególności modeli farmakoekonomicznych w cukrzycy ocenianych przez AOTMiT, skuteczność kliniczna ocenianej interwencji opiera się na udowodnionym w ramach badania RCT, istotnym wpływie na istotne punkty końcowe, przede wszystkim w zakresie zmniejszenia ryzyka zgonu sercowo-naczyniowego. Dostępność bezpośrednich dowodów na skuteczność empagliflozyny w redukcji ryzyka powikłań i zgonów sercowo-naczyniowych znacznie zwiększa wiarygodność długookresowych projekcji modelu i wyników analizy ekonomicznej.

Inną mocną stroną analizy jest przyjęcie szeregu konserwatywnych założeń z punktu widzenia opłacalności empagliflozyny w modelowaniu kosztów i efektów. W szczególności, w analizie podstawowej założono, że różnice w kosztach leków wynikają jedynie z dodanego kosztu empagliflozyny, nie uwzględniając potencjalnych oszczędności kosztów innych leków hipoglikemizujących oraz leków kardiologicznych stosowanych u chorych wysokiego ryzyka sercowo-naczyniowego. Założenie to należy uznać za konserwatywne (co potwierdzają wyniki AW, gdzie w wariancie z uwzględnieniem kosztów innych leków, refundowanych i nier refundowanych w Polsce, uzyskano nieco niższą od podstawowej wartość ICUR), gdyż w badaniu *EMPA-REG OUTCOME* wykazano istotne zmniejszenie zużycia innych leków w ramieniu stosującym Jardiance®. W analizie kosztów zakładano ponadto konserwatywnie, że leczenie empagliflozyną jest kontynuowane dożywotnio, bez możliwości przedwczesnego przerwania terapii.

Model ekonomiczny empagliflozyny został skonstruowany w oparciu o najlepsze możliwe dane i założenia, jednak jak każdy model ma pewne ograniczenia. Najważniejsze spośród nich wymieniono w Rozdziale 15.

Wyniki analizy poddano wyczerpującej walidacji wewnętrznej i zewnętrznej. Kluczowym elementem walidacji wewnętrznej była szczegółowa analiza wrażliwości: deterministyczna oraz probabilistyczna. Kierunkowa i scenariuszowa analiza wrażliwości wykazały, że wyniki analizy podstawowej są względnie stabilne

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$   
i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

W ramach walidacji konwergencji, zgodnie z wytycznymi AOTMiT (*AOTMiT 2016*) przeprowadzono przegląd opracowań ekonomicznych dotyczących wnioskowanej interwencji we wskazaniu leczenia cukrzycy typu 2 (zob. Załącznik 18.2). W wyniku wyszukiwania zidentyfikowano 30 prac zawierających analizę kosztów efektywności lub użyteczności, przeprowadzonych w populacji pacjentów z cukrzycą typu 2, w tym 13 analiz wśród chorych ze współistniejącą CVD (*Abushanab 2022, Abushanab 2022a, Ehlers 2021, Gourzoulidis 2021, Kaku 2019, Kansal 2019, Ramos 2019, Ramos 2020, Ramos 2021, Reifsnider 2021, Nilsson 2023, Ghetti 2023, Zupa 2021*), jedną analizę w podgrupie ze współistniejącą PChN (*Reifsnider 2022*), 4 analiz w populacji ze współistniejącą HF (*Reifsnider 2020, Zheng 2022, Nguyen 2023, Lin 2022*), 4 wśród chorych z podwyższonym ryzykiem sercowo-naczyniowym (*Gourzoulidis 2018, Men 2020, Nguyen 2018, Reifsnider 2021a*), jedną wśród chorych z T2DM bez potwierdzonej choroby sercowo-naczyniowej (*Salem 2021*) oraz 7 publikacji dotyczące szerokiej populacji chorych na T2DM z nieadekwatną kontrolą glikemii (*Reifsnider 2022a, Li 2023, Ramos 2020, Ehlers 2022, Ehlers 2022a, Pulleyblank 2023, Gorgojo-Martínez 2020*). W zdecydowanej większości analiz, dodanie empagliflozyny było opłacalną strategią leczenia cukrzycy typu 2, potwierdzając wnioski z niniejszej analizy. Należy jednak zaznaczyć, że w żadnej z analiz nie oceniano populacji ściśle zgodnej z definicją bardzo wysokiego ryzyka sercowo-naczyniowego określonej we wniosku refundacyjnym.

## 17 Wnioski końcowe

Przeprowadzona analiza ekonomiczna wykazała, że zastosowanie produktu leczniczego Jardiance® w terapii dodanej do standardowego leczenia przeciwcukrzycowego u pacjentów stosujących co najmniej jeden lek przeciwcukrzycowy, z niewystarczająco kontrolowaną cukrzycą oraz z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym, jest strategią wysoce efektywną kosztowo względem leczenia standardowego, niezależnie od przyjętej perspektywy kosztów i uwzględnienia instrumentu dzielenia ryzyka dla produktu Jardiance®.

Wartość wskaźnika ICUR w ramach analizy podstawowej oszacowano na [REDACTED] (bez RSS: 12 710 zł/QALY) z perspektywy płatnika publicznego oraz na [REDACTED] (bez RSS: 17 943 zł/QALY)

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$   
i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

z perspektywy wspólnej. We wszystkich wariantach wartość ICUR znajdowała się znacznie poniżej wartości ustawowego progu opłacalności kosztowej (190 380 zł/QALY).

Należy podkreślić, że wyniki skuteczności klinicznej ocenianych interwencji opierają się na udowodnionym w ramach dużego badania RCT, istotnym klinicznie i statystycznie wpływie empagliflozyny na istotne klinicznie punkty końcowe (w szczególności zmniejszenie ryzyka zgonu sercowo-naczyniowego), co znacznie zwiększa wiarygodność projekcji modelu i wyników analizy ekonomicznej.

## 18 Załączniki

### 18.1 Wkład autorów w opracowanie raportu

Tabela 51. Wkład autorów w opracowanie raportu.

Autor	Wkład w opracowanie raportu
[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]

### 18.2 Przegląd systematyczny opublikowanych analiz ekonomicznych

Przegląd systematyczny opublikowanych analiz ekonomicznych przeprowadzono w ramach walidacji konwergencji przeprowadzonej analizy ekonomicznej. Do wyników przeglądu odniesiono się w Dyskusji (zob. Rozdział 16).

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq$ 7%  
 i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym



## 18.2.1 Metodyka

### 18.2.1.1 Cel

Systematyczny przegląd badań ekonomicznych został wykonany w celu identyfikacji technik analitycznych stosowanych w analizowanym problemie zdrowotnym oraz porównanie wyników niniejszego opracowania z wynikami uzyskanymi przez innych autorów.

### 18.2.1.2 Kryteria włączenia i wykluczenia analiz ekonomicznych

W tabeli poniżej zamieszczono predefiniowane kryteria włączenia oraz wykluczenia z przeglądu systematycznego analizowanych publikacji.

Tabela 52. Kryteria włączenia oraz wykluczenia publikacji do przeglądu systematycznego analiz ekonomicznych.

Zakres kryterium	Kryteria włączenia	Kryteria wykluczenia
Populacja	Chorzy na cukrzycę typu 2	Inna niż określona w kryteriach włączenia
Interwencja	Produkt leczniczy Jardiance® (empagliflozyna), 28 tabl. a 10 mg	Inna niż określona w kryteriach włączenia
Komparator	Dowolny	-
Metodyka	Raporty HTA oraz analizy ekonomiczne (np. kosztów-efektywności, kosztów-użyteczności, kosztów-korzyści lub minimalizacji kosztów), opublikowane w postaci pełnych tekstów; do analizy włączano publikacje w języku polskim, angielskim i niemieckim	Niezgodna z kryteriami włączenia

### 18.2.1.3 Wyszukiwanie danych źródłowych

Przeprowadzone zostało wyszukiwanie oraz analiza tytułów i streszczeń, a następnie pełnych tekstów publikacji, pod kątem spełnienia kryteriów włączenia do analizy. W związku z przeprowadzonym wcześniej przeglądem systematycznym opracowań ekonomicznych dotyczących empagliflozyny w leczeniu chorych na cukrzycę typu 2, zweryfikowanym przez AOTMiT (*AE Jardiance 2022*), w niniejszej analizie dokonano aktualizacji tego przeglądu.

Wyszukiwanie wiarygodnych opracowań wtórnych, tj. raportów HTA i analiz ekonomicznych przeprowadzono **11 lipca 2024 roku**, zgodnie z wytycznymi AOTMiT 2016, w bazach informacji medycznej *Embase*, *PubMed* oraz *Cochrane Library*. Wyszukiwanie opracowań ekonomicznych zostało

Jardiance® (empagliflozyna) u pacjentów z cukrzycą typu 2 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$  i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

przeprowadzone zgodnie z odpowiednio zaprojektowaną strategią wyszukiwania o wysokiej czułości (słowa kluczowe dla interwencji i wskazania), przedstawioną w tabelach poniżej.

Tabela 53. Strategia wyszukiwania analiz ekonomicznych dla leku Jardiance® w leczeniu cukrzycy typu 2 – PubMed.

Nr	Zapytania (kwerendy)	Wyniki
#1	"economic review" OR "cost effectiveness" OR "cost-effectiveness" OR "pharmacoeconomic" OR "cost minimization" OR "cost-minimization" OR "cost utility" OR "cma" OR "cea" OR "cua" OR "economic" OR "cost" OR "costs" OR "economic evaluation"	1 222 913
#2	Empagliflozin OR Jardiance	3 355
#3	#1 AND #2	187
#4	diabetes mellitus OR T2DM	633 044
#5	#3 AND #4	109
#6	Filters: from 2022/6/6- 2024/7/30	23

Tabela 54. Strategia wyszukiwania analiz ekonomicznych dla leku Jardiance® w leczeniu cukrzycy typu 2 – Embase.

Nr	Zapytania (kwerendy)	Wyniki
#1	('economic review' OR 'cost effectiveness'/exp OR 'cost effectiveness' OR 'cost-effectiveness'/exp OR 'cost-effectiveness' OR 'pharmacoeconomic' OR 'cost minimization'/exp OR 'cost minimization' OR 'cost-minimization'/exp OR 'cost-minimization' OR 'cost utility'/exp OR 'cost utility' OR 'cma' OR 'cea'/exp OR 'cea' OR 'cua' OR 'economic' OR 'cost'/exp OR 'cost' OR 'costs' OR 'economic evaluation'/exp OR 'economic evaluation') AND [embase]/lim	1 470 938
#2	(empagliflozin OR jardiance) AND [embase]/lim	10 034
#3	#1 AND #2	785
#4	(diabetes AND mellitus OR t2dm) AND [embase]/lim	1 132 146
#5	#3 AND #4	588
#6	#3 AND #4 AND [06-06-2022]/sd	228

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$   
i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

Tabela 55. Strategia wyszukiwania analiz ekonomicznych dla leku Jardiance® w leczeniu cukrzycy typu 2 – *Cochrane Library*.

Nr	Zapytania (kwerendy)	Wyniki
#1	"economic review" OR "cost effectiveness" OR "cost-effectiveness" OR "pharmacoeconomic" OR "cost minimization" OR "cost-minimization" OR "cost utility" OR "cma" OR "cea" OR "cua" OR "economic" OR "cost" OR "costs" OR "economic evaluation"	111 928
#2	Empagliflozin OR Jardiance	2 059
#3	#1 AND #2	76
#4	diabetes mellitus OR T2DM	86 806
#5	#3 AND #4	55
#6	with Cochrane Library publication date from Jun 2022 to Jul 2024	20

W strategii wyszukiwania nie zostały wprowadzone ograniczenia czasowe. Do analizy włączano publikacje w językach: polskim, angielskim oraz niemieckim.

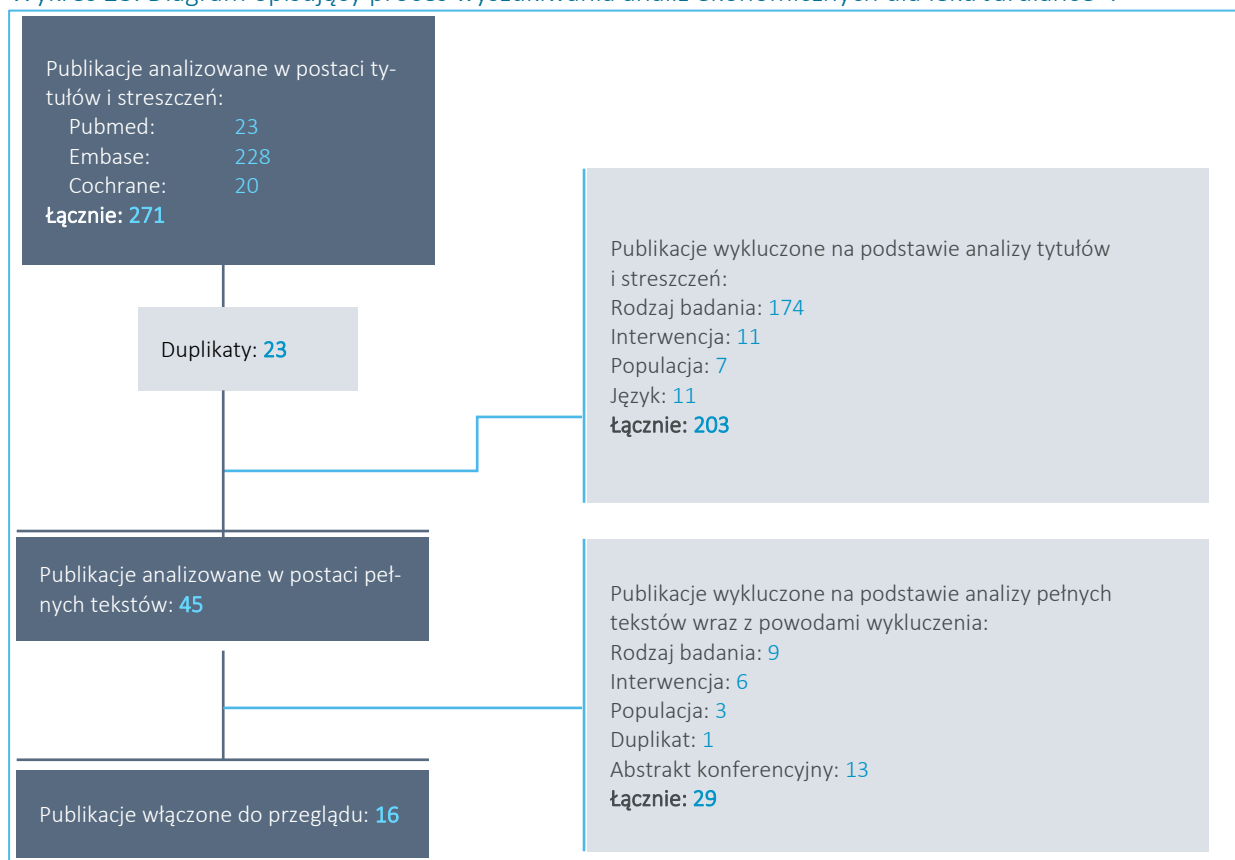
### 18.2.2 Wyniki wyszukiwania badań ekonomicznych

W wyniku przeszukania bibliograficznego z zastosowaniem wyżej opisanej strategii wyszukiwania odnaleziono łącznie 271 publikacji. Odnalezione doniesienia naukowe zostały przeanalizowane na poziomie tytułów i streszczeń, a następnie na podstawie pełnych tekstów.

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$  i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

Wykres 23. Diagram opisujący proces wyszukiwania analiz ekonomicznych dla leku Jardiance®.



W wyniku przeprowadzonej aktualizacji systematycznego wyszukiwania i selekcji na podstawie predefiniowanych kryteriów, do przeglądu analiz ekonomicznych włączono dodatkowo 16 publikacji pełnotekstowych: *Ehlers 2022, Ehlers 2022a, Peasah 2023, Pulleyblank 2023, Salem 2021, Thomsen 2022, Zupa 2021, Alnsasra 2023, Ghetti 2023, Glover 2022, Li 2023, Lin 2022, Nguyen 2023, Nilsson 2023, Ramos 2020, Zheng 2022*. Włączone publikacje opisano szczegółowo w poniżej. Dodatkowo w tabeli przedstawiono podsumowanie 18 publikacji uwzględnionych w przeglądzie *AE Jardiance 2022*.

Tabela 56. Charakterystyka metodyki i wyniki włączonych badań.

Źródło	Kraj	Metodyka	Porównanie	Wyniki (analiza podstawowa)
<b>Publikacje uwzględnione w ocenie <i>AE Jardiance 2022</i></b>				

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$  i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

Źródło	Kraj	Metodyka	Porównanie	Wyniki (analiza podstawowa)
Abushanab 2022	Katar	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Populacja: nowozdiagnozowani chorzy na T2DM ze współistniejącą CVD (N = 10 399);</li> <li>▪ Sposób modelowania: model Markowa;</li> <li>▪ Typ analizy: CEA;</li> <li>▪ Perspektywa: płatnika publicznego, koszt w QAR (oraz w przeliczeniu na \$)<sup>1</sup>;</li> <li>▪ Horyzont: dożywotni;</li> <li>▪ Dyskontowanie: 3%/rok;</li> <li>▪ Użyteczności: Zhang 2012<sup>2</sup>;</li> <li>▪ Źródło danych klinicznych: badanie EMPA-REG OUTCOME oraz dane z rejestru IHME dla populacji nowozdiagnozowanych chorych na T2DM ze współistniejącą CVD w Katarze (2019)<sup>3</sup>;</li> <li>▪ Próg opłacalności: 150 000 \$/QALY</li> </ul>	EMPA + MET vs MET	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>ICER: 10 779 \$/QALY</u> (95% CI: 7 944 \$; 21 424 \$); 8 425 \$/LY (95% CI: 6 234 \$; 16 642 \$)</li> <li>▪ Δ QALY: 1,5</li> <li>▪ Δ LY: 1,9</li> <li>▪ Δ koszty: 15 619 \$</li> </ul>
Abushanab 2022a	Australia	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Populacja: chorzy na T2DM ze współistniejącą CVD (N = 69 500);</li> <li>▪ Sposób modelowania: model Markowa;</li> <li>▪ Typ analizy: CEA;</li> <li>▪ Perspektywa: płatnika publicznego oraz społeczna<sup>5</sup>, koszty w AUD;</li> <li>▪ Horyzont: 5-letni;</li> <li>▪ Dyskontowanie: 5%/rok;</li> <li>▪ Użyteczności: Zhang 2012<sup>2</sup>;</li> <li>▪ Źródło danych klinicznych: badanie EMPA-REG OUTCOME oraz dane z rejestru chorych na T2DM ze współistniejącą CVD w Australii (2018)<sup>4</sup>;</li> <li>▪ Próg opłacalności: 50 000 AUD/QALY</li> </ul>	EMPA + MET vs MET	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>ICER: 28 244 AUD/QALY</u>; 22 076 AUD/LY</li> <li>▪ Δ QALY: 0,16</li> <li>▪ Δ LY: 0,2</li> <li>▪ Δ koszty: 4 408 AUD</li> <li>▪ VoSLY: 42 530 AUD/osobę<sup>5</sup></li> </ul>
Ehlers 2021	Dania	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Populacja: chorzy na T2DM z współistniejącą CVD;</li> <li>▪ Sposób modelowania: z wykorzystaniem IQVIA CDM, ver. 9.0<sup>6</sup>;</li> <li>▪ Typ analizy: CEA;</li> <li>▪ Perspektywa: płatnika publicznego, koszty w DKK (oraz w przeliczeniu na €)<sup>10</sup>;</li> <li>▪ Horyzont: dożywotni oraz 5-letni;</li> <li>▪ Dyskontowanie: 4%/rok;</li> <li>▪ Użyteczności: analiza Beaudet 2014<sup>8</sup>;</li> <li>▪ Źródło danych klinicznych: badania EMPA-REG OUTCOME i LEADER<sup>7</sup> oraz przegląd Bajepalli 2018<sup>9</sup>;</li> <li>▪ Próg opłacalności: 357 100 DKK/QALY</li> </ul>	EMPA + STD vs LIRA + STD	<p style="text-align: center;"><b>Horyzont dożywotni:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>ICER: dominujący</u></li> <li>▪ Δ QALY*: 0,186</li> <li>▪ Δ LY*: 0,191</li> <li>▪ Δ koszty*: -21 999 DKK</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Horyzont 5-letni:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>ICER: dominujący</u></li> <li>▪ Δ QALY*: 0,091</li> <li>▪ Δ LY*: 0,122</li> <li>▪ Δ koszty*: -38 370 DKK</li> </ul>

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c ≥7% i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

Źródło	Kraj	Metodyka	Porównanie	Wyniki (analiza podstawowa)
<i>Gorgojo-Martínez 2020</i>	Hiszpania	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Populacja: chorzy na T2DM z nieadekwatną kontrolą glikemii pomimo stosowania doustnych leków hipoglikemizujących;</li> <li>▪ Sposób modelowania: z wykorzystaniem IQVIA CDM, ver. 9.0<sup>6</sup>;</li> <li>▪ Typ analizy: CEA;</li> <li>▪ Perspektywa: płatnika publicznego, koszty w €;</li> <li>▪ Horyzont: dożywotni;</li> <li>▪ Dyskontowanie: 3%/rok;</li> <li>▪ Użyteczności: przegląd <i>Beaudet 2014</i><sup>8</sup> oraz analiza <i>Evans 2013</i><sup>13</sup></li> <li>▪ Źródło danych klinicznych: <i>NMA Sharma 2018</i><sup>12</sup>;</li> </ul> Próg opłacalności: 30 000 €/QALY	SEMA vs EMPA <sup>11</sup>	<p><b>SEMA 0,5 mg vs EMPA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ICER: 2 285 €/QALY<sup>11</sup></li> </ul> <p><b>SEMA 1 mg vs EMPA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ICER: 161 €/QALY<sup>11</sup></li> </ul>
<i>Gourzoulidis 2018</i>	Grecja	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Populacja: chorzy na T2DM z podwyższonym ryzykiem sercowo-naczyniowym;</li> <li>▪ Sposób modelowania: oparte na symulacji indywidualnej;</li> <li>▪ Typ analizy: CEA;</li> <li>▪ Perspektywa: płatnika publicznego, koszty w €;</li> <li>▪ Horyzont: dożywotni;</li> <li>▪ Dyskontowanie: 3,5%/rok;</li> <li>▪ Użyteczności: analiza <i>Sullivan 2016</i><sup>14</sup>;</li> <li>▪ Źródło danych klinicznych: badanie <i>EMPA-REG OUTCOME</i>;</li> </ul> Próg opłacalności: 34 000 €/QALY	EMPA + STD vs STD	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ICER: 4 633 €/QALY</li> <li>▪ Δ QALY: 0,91</li> <li>▪ Δ LY: 2,13</li> <li>▪ Δ koszty: 4 235 €</li> </ul>
<i>Gourzoulidis 2021</i>	Grecja	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Populacja: chorzy na T2DM ze współistniejącą CVD;</li> <li>▪ Sposób modelowania: oparte na symulacji indywidualnej;</li> <li>▪ Typ analizy: CEA;</li> <li>▪ Perspektywa: płatnika publicznego, koszty w €;</li> <li>▪ Horyzont: dożywotni;</li> <li>▪ Dyskontowanie: 3,5%/rok;</li> <li>▪ Użyteczności: analiza <i>Sullivan 2016</i><sup>14</sup>;</li> <li>▪ Źródło danych klinicznych: badania <i>EMPA-REG OUTCOME</i> oraz <i>DECLARE-TIMI 58</i>;</li> </ul> Próg opłacalności: 36 000 €/QALY	EMPA vs DAPA	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ICER: 965 €/QALY</li> <li>▪ Δ QALY: 0,48</li> <li>▪ Δ LY: 1,16</li> <li>▪ Δ koszty: 462 €</li> </ul>

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c ≥7% i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

Źródło	Kraj	Metodyka	Porównanie	Wyniki (analiza podstawowa)
<i>Kaku 2019</i>	Japonia	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Populacja: chorzy na T2DM ze współistniejącą CVD;</li> <li>▪ Sposób modelowania: oparte na symulacji indywidualnej;</li> <li>▪ Typ analizy: CEA;</li> <li>▪ Perspektywa: płatnika publicznego, koszty w ¥;</li> <li>▪ Horyzont: dożywotni;</li> <li>▪ Dyskontowanie: 2%/rok;</li> <li>▪ Użyteczności: analizy <i>Sullivan 2016</i><sup>14</sup>, <i>Lindgren 2007</i><sup>15</sup> oraz <i>Takura 2013</i><sup>16</sup>;</li> <li>▪ Źródło danych klinicznych: badanie <i>EMPA-REG OUTCOME</i>;</li> <li>▪ Próg opłacalności: 420 000 ¥/QALY</li> </ul>	EMPA + STD vs STD	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>ICER: 415 849 ¥/QALY</u></li> <li>▪ Δ QALY: 2,7</li> <li>▪ Δ LY: 6,2</li> <li>▪ Δ koszty: 1 115 475 ¥</li> </ul>
<i>Kansal 2019</i>	Wielka Brytania	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Populacja: chorzy na T2DM ze współistniejącą CVD;</li> <li>▪ Sposób modelowania: DES;</li> <li>▪ Typ analizy: CEA;</li> <li>▪ Perspektywa: płatnika publicznego, koszty w £</li> <li>▪ Horyzont: dożywotni;</li> <li>▪ Dyskontowanie: 3,5%/rok</li> <li>▪ Użyteczności: analizy <i>Sullivan 2016</i><sup>14</sup>, <i>Lindgren 2007</i><sup>15</sup> oraz <i>Clarke 2004</i><sup>17</sup></li> <li>▪ Źródło danych klinicznych: badanie <i>EMPA-REG OUTCOME</i>;</li> <li>▪ Próg opłacalności: 30 000 £/QALY</li> </ul>	EMPA + STD vs STD	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>ICER: 4 083 £/QALY</u></li> <li>▪ Δ QALY: 1,0</li> <li>▪ Δ koszty: 3 737 £</li> </ul>
<i>Men 2020</i>	Chiny	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Populacja: chorzy na T2DM z podwyższonym ryzykiem sercowo-naczyniowym;</li> <li>▪ Sposób modelowania: oparte na symulacji indywidualnej;</li> <li>▪ Typ analizy: CEA;</li> <li>▪ Perspektywa: płatnika publicznego, koszty w ¥;</li> <li>▪ Horyzont: dożywotni;</li> <li>▪ Dyskontowanie: 3,5%/rok;</li> <li>▪ Użyteczności: analiza <i>Sullivan 2016</i><sup>14</sup>;</li> <li>▪ Źródło danych klinicznych: badanie <i>EMPA-REG OUTCOME</i>;</li> <li>▪ Próg opłacalności: 70 892 ¥/QALY oraz 212 676 ¥/QALY<sup>18</sup></li> </ul>	EMPA + STD vs STD	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>ICER: 3 988 ¥/QALY</u></li> <li>▪ Δ QALY: 1,01</li> <li>▪ Δ koszty: 4 002 ¥</li> </ul>

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c ≥7% i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

Źródło	Kraj	Metodyka	Porównanie	Wyniki (analiza podstawowa)
<i>Nguyen 2018</i>	Stany Zjednoczone	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Populacja: chorzy na T2DM z podwyższonym ryzykiem sercowo-naczyniowym;</li> <li>▪ Sposób modelowania: model Markowa;</li> <li>▪ Typ analizy: CEA;</li> <li>▪ Perspektywa: płatnika publicznego, koszty w \$;</li> <li>▪ Horyzont: dożywotni;</li> <li>▪ Dyskontowanie: 3%/rok</li> <li>▪ Użyteczności: analizy <i>Lung 2011</i><sup>19</sup>, <i>Samsa 1999</i><sup>20</sup>, <i>Borisenko 2015</i><sup>21</sup>, <i>Alva 2014</i><sup>22</sup>, <i>Nguyen 2016</i><sup>23</sup>, <i>Pink 2014</i><sup>24</sup>, <i>Reed 2013</i><sup>25</sup>, <i>Parthan 2013</i><sup>26</sup>, <i>Taylor 2009</i><sup>27</sup> oraz <i>Evans 2013</i><sup>13</sup>;</li> <li>▪ Źródło danych klinicznych: badanie <i>EMPA-REG OUTCOME</i>;</li> <li>▪ Próg opłacalności: 100 000 \$/QALY<sup>28</sup></li> </ul>	EMPA + STD vs STD	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>ICER: 76 167 \$/QALY</u></li> <li>▪ Δ QALY*: 1,293</li> <li>▪ Δ koszty*: 98 484 \$</li> </ul>
<i>Ramos 2019</i>	Wielka Brytania	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Populacja: chorzy na T2DM ze współistniejącą CVD;</li> <li>▪ Sposób modelowania: z wykorzystaniem IQVIA CDM, ver. 9.0<sup>6</sup>;</li> <li>▪ Typ analizy: CEA;</li> <li>▪ Perspektywa: płatnika publicznego, koszty w £</li> <li>▪ Horyzont: 50-letni</li> <li>▪ Dyskontowanie: 3,5%/rok</li> <li>▪ Użyteczności: przegląd <i>Beaudet 2014</i><sup>8</sup> oraz analiza <i>Bagust 2005</i><sup>31</sup></li> <li>▪ Źródło danych klinicznych: badania <i>EMPA-REG OUTCOME</i>, <i>TECOS</i><sup>29</sup>, <i>SAVOR-TIMI 53</i><sup>30</sup></li> <li>▪ Próg opłacalności: 20 000 £/QALY</li> </ul>	EMPA + STD vs SITA + STD; EMPA + STD vs SAXA + STD	<p><b>EMPA + STD vs SITA + STD</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>ICER: 6 464 £/QALY</u></li> <li>▪ Δ QALY: 0,491</li> <li>▪ Δ LY: 0,766</li> <li>▪ Δ koszty: 3 174 £</li> </ul> <p><b>EMPA + STD vs SAXA + STD</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>ICER: 3 878 £/QALY</u></li> <li>▪ Δ QALY: 0,704</li> <li>▪ Δ LY: 1,053</li> <li>▪ Δ koszty: 2 730 £</li> </ul>
<i>Ramos 2020</i>	Wielka Brytania	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Populacja: chorzy na T2DM ze współistniejącą CVD;</li> <li>▪ Sposób modelowania: z wykorzystaniem IQVIA CDM, ver. 9.0<sup>6</sup>;</li> <li>▪ Typ analizy: CEA;</li> <li>▪ Perspektywa: płatnika publicznego, koszty w £;</li> <li>▪ Horyzont: 50-letni;</li> <li>▪ Dyskontowanie: 3,5%/rok;</li> <li>▪ Użyteczności: przegląd <i>Beaudet 2014</i><sup>8</sup> oraz analiza <i>Bagust 2005</i><sup>31</sup>;</li> <li>▪ Źródło danych klinicznych: badania <i>EMPA-REG OUTCOME</i> i <i>LEADER</i><sup>7</sup>;</li> <li>▪ Próg opłacalności: 20 000 £/QALY</li> </ul>	EMPA + STD vs STD; EMPA + STD vs LIRA + STD	<p><b>EMPA + STD vs STD</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>ICER: 6 428 £/QALY</u></li> <li>▪ Δ QALY: 0,570</li> <li>▪ Δ LY: 0,853</li> <li>▪ Δ koszty: 3 664 £</li> </ul> <p><b>EMPA + STD vs LIRA + STD</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>ICER: dominujący</u></li> <li>▪ Δ QALY: 0,218</li> <li>▪ Δ LY: 0,230</li> <li>▪ Δ koszty: -3 384 £</li> </ul>

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c ≥7% i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym



Źródło	Kraj	Metodyka	Porównanie	Wyniki (analiza podstawowa)
Ramos 2021	Chiny	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Populacja: chorzy na T2DM ze współistniejącą CVD;</li> <li>▪ Sposób modelowania: z wykorzystaniem IQVIA CDM, ver. 9.0<sup>6</sup>;</li> <li>▪ Typ analizy: CEA;</li> <li>▪ Perspektywa: płatnika publicznego, koszty w ¥ (oraz w przeliczeniu na \$)<sup>1</sup>;</li> <li>▪ Horyzont: dożywotni;</li> <li>▪ Dyskontowanie: 3%/rok;</li> <li>▪ Użyteczności: analizy <i>Li 2018</i><sup>33</sup> oraz <i>Bagust 2005</i><sup>31</sup>, oraz przegląd <i>Beaudet 2014</i><sup>8</sup></li> <li>▪ Źródło danych klinicznych: badania <i>EMPA-REG OUTCOME</i> oraz przeglądy <i>Balijepalli 2018</i><sup>9</sup> i <i>Balijepalli 2018a</i><sup>32</sup>;</li> <li>▪ Próg opłacalności: 212 676 ¥/QALY (30 292 \$/QALY)</li> </ul>	<p>EMPA + STD vs SITA + STD;</p> <p>EMPA + STD vs LIRA + STD</p>	<p><b>EMPA + STD vs SITA + STD</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>ICER: 10 732 \$/QALY</u></li> <li>▪ Δ QALY: 0,564</li> <li>▪ Δ LY: 0,772</li> <li>▪ Δ koszty: 6 053 \$</li> </ul> <p><b>EMPA + STD vs LIRA + STD</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>ICER: dominujący</u></li> <li>▪ Δ QALY: 0,211</li> <li>▪ Δ LY: 0,207</li> <li>▪ Δ koszty: -10 173 \$</li> </ul>
Reifsnider 2020	Wielka Brytania	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Populacja: chorzy na T2DM i współistniejącą HF;</li> <li>▪ Sposób modelowania: DES;</li> <li>▪ Typ analizy: CEA;</li> <li>▪ Perspektywa: płatnika publicznego, koszty w £;</li> <li>▪ Horyzont: dożywotni;</li> <li>▪ Dyskontowanie: 3,5%/rok;</li> <li>▪ Użyteczności: w oparciu o analizę <i>Sullivan 2016</i><sup>14</sup> oraz badania <i>Clarke 2004</i><sup>17</sup></li> <li>▪ Źródło danych klinicznych: badanie <i>EMPA-REG OUTCOME</i>;</li> <li>▪ Próg opłacalności: 20 000 £/QALY</li> </ul>	EMPA + STD vs STD	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>ICER: 2 093 £/QALY</u></li> <li>▪ Δ QALY: 0,65</li> <li>▪ Δ koszty: 1 367 £</li> </ul>
Reifsnider 2021	Stany Zjednoczone	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Populacja: chorzy na T2DM z lub bez współistniejącej CVD;</li> <li>▪ Sposób modelowania: DICE;</li> <li>▪ Typ analizy: CEA;</li> <li>▪ Perspektywa: płatnika publicznego, koszty w \$;</li> <li>▪ Horyzont: dożywotni;</li> <li>▪ Dyskontowanie: 3,0%/rok;</li> <li>▪ Użyteczności: analizy <i>Grandy 2012</i><sup>34</sup>, <i>Lindgren 2007</i><sup>15</sup>, <i>Sullivan 2006</i><sup>35</sup>, <i>Sullivan 2016</i><sup>14</sup>, <i>van Hoek 2011</i><sup>36</sup>, <i>Xu 2011</i><sup>37</sup></li> <li>▪ Źródło danych klinicznych: badania <i>EMPA-REG OUTCOME</i> oraz <i>UKPDS-OM2</i><sup>17</sup></li> <li>▪ Próg opłacalności: 50 000 \$/QALY</li> </ul>	EMPA + STD vs SITA + STD;	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>ICER: 6 967 \$/QALY</u></li> <li>▪ Δ QALY: 0,19</li> <li>▪ Δ koszty: 1 318 \$</li> </ul>

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c ≥7% i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

Źródło	Kraj	Metodyka	Porównanie	Wyniki (analiza podstawowa)
Reifsnider 2021a	Stany Zjednoczone	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Populacja: chorzy na T2DM ze współistniejącą CVD;</li> <li>▪ Sposób modelowania: DES;</li> <li>▪ Typ analizy: CEA;</li> <li>▪ Perspektywa: płatnika publicznego (Medicare) oraz ubezpieczenia komercyjnego<sup>38</sup>, koszty w \$;</li> <li>▪ Horyzont: dożywotni;</li> <li>▪ Dyskontowanie: 3,0%/rok;</li> <li>▪ Użyteczności: analizy <i>Grandy 2012</i><sup>34</sup>, <i>Lindgren 2007</i><sup>15</sup>, <i>Sullivan 2016</i><sup>14</sup>;</li> <li>▪ Źródło danych klinicznych: badania <i>EMPA-REG OUTCOME</i>, <i>CANVAS</i><sup>39</sup> oraz <i>DECLARE-TIMI 58</i><sup>40</sup>;</li> <li>▪ Próg opłacalności: b.d.</li> </ul>	EMPA vs CANA, EMPA vs DAPA, EMPA vs STD	<p style="text-align: center;"><b>EMPA vs CANA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ICER: <u>dominujący</u></li> <li>▪ Δ QALY: 0,38</li> <li>▪ Δ koszty: -306 \$</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>EMPA vs DAPA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ICER: <u>3 054 \$/QALY</u></li> <li>▪ Δ QALY: 0,50</li> <li>▪ Δ koszty: 1 517 \$</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>EMPA vs STD</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ICER: <u>32 848 \$/QALY</u></li> <li>▪ Δ QALY: 0,84</li> <li>▪ Δ koszty: 27 539 \$</li> </ul>
Reifsnider 2022	Stany Zjednoczone	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Populacja: chorzy na T2DM ze współistniejącą CVD i DKD;</li> <li>▪ Sposób modelowania: DES;</li> <li>▪ Typ analizy: CEA;</li> <li>▪ Perspektywa: płatnika publicznego (Medicare) oraz ubezpieczenia komercyjnego<sup>38</sup>, koszty w \$;</li> <li>▪ Horyzont: dożywotni;</li> <li>▪ Dyskontowanie: 3,0%/rok;</li> <li>▪ Użyteczności: analizy <i>Sullivan 2016</i><sup>14</sup>, <i>Grandy 2012</i><sup>34</sup>, <i>Lindgren 2007</i><sup>15</sup>;</li> <li>▪ Źródło danych klinicznych: badanie <i>EMPA-REG OUTCOME</i>;</li> <li>▪ Próg opłacalności: b.d.</li> </ul>	EMPA + STD vs STD	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ICER: <u>25 974 \$/QALY</u></li> <li>▪ Δ QALY: 0,67</li> <li>▪ Δ koszty: 17 322 \$</li> </ul>
Reifsnider 2022a	Stany Zjednoczone	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Populacja: chorzy na T2DM;</li> <li>▪ Sposób modelowania: DICE;</li> <li>▪ Typ analizy: CEA;</li> <li>▪ Perspektywa: płatnika publicznego, koszty w \$</li> <li>▪ Horyzont: dożywotni;</li> <li>▪ Dyskontowanie: 3,0%/rok;</li> <li>▪ Użyteczności: analizy <i>Sullivan 2016</i><sup>14</sup>, <i>Grandy 2012</i><sup>34</sup>, <i>Lindgren 2007</i><sup>15</sup>, <i>Matza 2007</i><sup>41</sup>, <i>Shao 2019</i><sup>42</sup>, <i>Boye 2011</i><sup>43</sup></li> <li>▪ Źródło danych klinicznych: badania <i>EMPA-REG OUTCOME</i> oraz <i>UKPDS-OM2</i><sup>17</sup></li> <li>▪ Próg opłacalności: b.d.</li> </ul>	EMPA + MET vs LIRA + MET	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ICER: <u>dominujący</u></li> <li>▪ Δ QALY: 0,32</li> <li>▪ Δ koszty: 11 244 \$</li> </ul>

**Publikacje odnalezione w ramach aktualizacji wyszukiwania**

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c ≥7% i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

Źródło	Kraj	Metodyka	Porównanie	Wyniki (analiza podstawowa)
<i>Ehlers 2022</i>	Dania	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Populacja: chorzy na T2DM, z brakiem kontroli na leczeniu metforminą;</li> <li>▪ Sposób modelowania: mikrosymulacja (CORE Diabetes Model, IQVIA CDM);</li> <li>▪ Typ analizy: CEA;</li> <li>▪ Perspektywa: płatnika; koszty w DKK i Euro</li> <li>▪ Horyzont: dożywotni (50 lat);</li> <li>▪ Dyskontowanie: 4%/rok;</li> <li>▪ Użyteczności: analizy <i>Beaudet 2014, Clarke 2002</i></li> <li>▪ Źródło danych klinicznych: badanie <i>PIONEER 2</i><sup>69</sup>,</li> <li>▪ Próg opłacalności: 357 100 DKK/QALY.</li> </ul>	Semaglutyd (doustny) + metformina (SEMA+MET) vs EMPA + MET	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ICER (SEMA vs EMPA): <u>1 930 548 DKK/QALY</u></li> <li>▪ Δ QALY: 0,03</li> <li>▪ Δ koszty: 59 847 DKK</li> </ul> SEMA+MET nie jest kosztowo-efektywny względem EMPA+MET
<i>Ehlers 2022a</i>	Dania	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Populacja: chorzy na T2DM, z brakiem kontroli na leczeniu metforminą;</li> <li>▪ Sposób modelowania: mikrosymulacja (CORE Diabetes Model);</li> <li>▪ Typ analizy: CEA;</li> <li>▪ Perspektywa: płatnika; koszty w DKK i Euro</li> <li>▪ Horyzont: dożywotni (50 lat);</li> <li>▪ Dyskontowanie: 4%/rok;</li> <li>▪ Użyteczności: analizy <i>Beaudet 2014, Clarke 2002</i></li> <li>▪ Źródło danych klinicznych: badanie <i>PIONEER 2</i><sup>69</sup>,</li> <li>▪ Próg opłacalności: 357 100 DKK/QALY.</li> </ul>	Semaglutyd (podskórny) + metformina (SEMA+MET) vs EMPA + MET	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ICER (SEMA vs EMPA): <u>745 561 DKK/QALY</u></li> <li>▪ Δ QALY: 0,13</li> <li>▪ Δ koszty: 96 923 DKK</li> </ul> SEMA+MET nie jest kosztowo-efektywny względem EMPA+MET
<i>Peasah 2023</i>	Stany Zjednoczone	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Populacja: chorzy z T2DM</li> <li>▪ Sposób modelowania:-</li> <li>▪ Typ analizy: analiza kosztów</li> <li>▪ Perspektywa: płatnika publiczny</li> <li>▪ Horyzont: obserwacja max. 12 mies.</li> <li>▪ Dyskontowanie: -</li> <li>▪ Użyteczności: -</li> <li>▪ Źródło danych klinicznych:-;</li> <li>▪ Próg opłacalności:-</li> </ul>	Schematy z EMPA vs schematy bez EMPA	Różnica kosztów (EMPA vs bez EMPA):-75\$

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c ≥7% i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

Źródło	Kraj	Metodyka	Porównanie	Wyniki (analiza podstawowa)
<i>Pulleyblank 2023</i>	Dania	<ul style="list-style-type: none"> <li>Populacja: chorzy na T2DM, z brakiem kontroli na leczeniu metforminą;</li> <li>Sposób modelowania: model Markowa</li> <li>Typ analizy: CEA;</li> <li>Perspektywa: płatnika; koszty w DKK i Euro</li> <li>Horyzont: dożywotni (40 lat);</li> <li>Dyskontowanie: 3,5%/rok;</li> <li>Użyteczności: m.in. analizy <i>Beaudet 2014, Clarke 2002, Bagust 2005</i></li> <li>Źródło danych klinicznych: badanie <i>PIONEER 2</i><sup>69</sup>,</li> <li>Próg opłacalności: 357 000 DKK/QALY.</li> </ul>	Semaglutyd (do- ustny i podskórny) + STD (SEMA+STD) vs EMPA+STD	<ul style="list-style-type: none"> <li>ICER (SEMA vs EMPA): <u>150 618 DKK (20 189 €)/QALY</u></li> <li>Δ QALY: 0,178</li> <li>Δ koszty: 18 318 DKK</li> <li>SEMA+MET jest kosztowo-efektywny względem EMPA+MET</li> </ul>
<i>Salem 2021</i>	Chiny	<ul style="list-style-type: none"> <li>Populacja: chorzy na T2DM bez potwierdzonej CVD, z brakiem kontroli na leczeniu metforminą;</li> <li>Sposób modelowania: mikrosymulacja (IQVIA CORE Diabetes Model);</li> <li>Typ analizy: CEA;</li> <li>Perspektywa: system ochrony zdrowia w Chinach</li> <li>Horyzont: dożywotni (50 lat);</li> <li>Dyskontowanie: 5%/rok;</li> <li>Użyteczności: na podstawie literatury</li> <li>Źródło danych klinicznych: badanie <i>EMPA-REG H2H-SU</i></li> <li>Próg opłacalności: 30 290\$.</li> </ul>	EMPA vs glimepiryd	<ul style="list-style-type: none"> <li>ICER: <u>4 364\$/QALY</u></li> <li>Δ QALY: 0,317</li> <li>Δ koszty: 1 382\$</li> </ul>
<i>Thomsen 2022</i>	Dania	<ul style="list-style-type: none"> <li>Populacja: chorzy z T2DM, którzy rozpoczęli leczenie EMPA lub agositą GLP-1 w latach 1995-2018 w Danii</li> <li>Sposób modelowania:-</li> <li>Typ analizy: analiza kosztów</li> <li>Perspektywa: b.d.</li> <li>Horyzont: średni okres obserwacji w ważonej kohorcie: 11 mies. (EMPA) i 12 mies. (GLP-1)</li> <li>Dyskontowanie: -</li> <li>Użyteczności: -</li> <li>Źródło danych klinicznych:-;</li> <li>Próg opłacalności:-</li> </ul>	EMPA vs agoniści GLP-1 (liraglutyd, eksenatyd lub dula- glutyd)	<p>Koszty / osoborok:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>EMPA: 38 995 DKK</li> <li>GLP-1: 44 157 DKK</li> </ul>

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c ≥7%  
i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

Źródło	Kraj	Metodyka	Porównanie	Wyniki (analiza podstawowa)
Zupa 2021	Stany Zjednoczone	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Populacja: chorzy na T2DM i chorobą sercowo-naczyniową;</li> <li>▪ Sposób modelowania: model Markowa;</li> <li>▪ Typ analizy: CEA;</li> <li>▪ Perspektywa: system ochrony zdrowia w USA</li> <li>▪ Horyzont: 3 lata</li> <li>▪ Dyskontowanie: 3%/rok;</li> <li>▪ Użyteczności: na podstawie literatury</li> <li>▪ Źródło danych klinicznych: badania <i>EMPA-REG OUTCOME</i> i <i>SUSTAIN-6</i><sup>70</sup>,</li> <li>▪ Próg opłacalności: 50 000\$</li> </ul>	Semaglutyd (podskórny) + STD (SEMA+STD) vs EMPA +STD	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>ICER: (SEMA vs EMPA): 19 964 \$/QALY</u></li> <li>▪ Δ QALY: 0,05</li> <li>▪ Δ koszty: 1 016\$</li> </ul> SEMA+STD jest kosztowo-efektywny względem EMPA+STD
Alnsara 2023	Stany Zjednoczone	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Populacja: chorzy na PChN i współistniejącą T2DM</li> <li>▪ Sposób modelowania:-</li> <li>▪ Typ analizy: analiza kosztów rocznych</li> <li>▪ Perspektywa: PPP, koszty w \$;</li> <li>▪ Horyzont: b.d.</li> <li>▪ Dyskontowanie: b.d.</li> <li>▪ Użyteczności:-</li> <li>▪ Źródło danych klinicznych: badania RCT EMPA-KIDNEY<sup>44</sup> i DAPA-CKD<sup>45</sup></li> <li>▪ Próg opłacalności: b.d</li> </ul>	DAPA+STD vs EMPA+STD	CNT (DAPA vs EMPA): 201 911 \$ vs 134 784 \$
Ghetti 2023	Grecja	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Populacja: chorzy na T2DM (wyszczególnione grupy chorych z T2DM i stabilną CVD oraz z T2DM i bez stabilnej CVD)</li> <li>▪ Sposób modelowania: CDM<sup>6</sup></li> <li>▪ Typ analizy: CEA</li> <li>▪ Perspektywa: PPP, koszty w €</li> <li>▪ Horyzont: dożywotni</li> <li>▪ Dyskontowanie: 3,5%</li> <li>▪ Użyteczności: <i>Beaudet 2014</i><sup>8</sup>, <i>Lauridsen 2014</i><sup>46</sup>, <i>Foos 2018</i><sup>47</sup></li> <li>▪ Źródło danych klinicznych: badania RCT <i>EMPA-REG OUTCOME</i> i <i>EMPA-REG MET</i><sup>48</sup> oraz przegląd <i>Balijepalli 2018</i><sup>9</sup></li> <li>▪ Próg opłacalności: 30 000 €/QALY</li> </ul>	EMPA vs SITA	<p><b>Chorzy z T2DM bez stabilnej CVD:</b></p> <p><u>ICER: 6 587 €/QALY</u></p> <p>Δkoszty: 868 €</p> <p>ΔQALY: 0,132</p> <p>ΔLY: 0,026</p> <p><b>Chorzy z T2DM i stabilną CVD</b></p> <p><u>ICER: 966 €/QALY</u></p> <p>Δkoszty: 321 €</p> <p>ΔQALY: 0,333</p> <p>ΔLY: 0,492</p>

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c ≥7% i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

Źródło	Kraj	Metodyka	Porównanie	Wyniki (analiza podstawowa)
<i>Glover 2022</i>	Stany Zjednoczone	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Populacja: chorzy z T2DM i HFrEF w wieku &lt;65 lat</li> <li>▪ Sposób modelowania:-</li> <li>▪ Typ analizy: CBA</li> <li>▪ Perspektywa: PPP i społeczna, koszty w €</li> <li>▪ Horyzont: 1 rok</li> <li>▪ Dyskontowanie: -</li> <li>▪ Użyteczności: -</li> <li>▪ Źródło danych klinicznych: badania RCT <i>EMPA-REG</i>, <i>CANVAS</i><sup>49</sup> oraz <i>DECLARE-TIMI</i> <sup>50</sup>;</li> <li>▪ Próg opłacalności:-</li> </ul>	CANA vs EMPA vs DAPA	<p>Koszty roczne przepisanych leków:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ CANA: 5 450,47</li> <li>▪ EMPA: 5 765,83</li> <li>▪ DAPA: 5 329,58</li> </ul> <p>Wyniki analizy kosztów-korzyści w formie tabelarycznej (zob. Tabela 57)</p>
<i>Li 2023</i>	Holandia	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Populacja: chorzy z T2DM</li> <li>▪ Sposób modelowania: model <i>MICADO</i><sup>51</sup></li> <li>▪ Typ analizy: CEA</li> <li>▪ Perspektywa: PPP, koszty w €</li> <li>▪ Horyzont: dożywotni (40 lat)</li> <li>▪ Dyskontowanie: koszty: 4%, efekty: 1,5%</li> <li>▪ Użyteczności: <i>Janssen 2020</i><sup>52</sup>, <i>Beaudet 2014</i><sup>8</sup></li> <li>▪ Źródło danych klinicznych: <i>Hoorn DCS</i><sup>53</sup>, dane chorych, którzy kwalifikowaliby się do objęcia leczeniem w badaniu RCT <i>EMPA-REG</i></li> <li>▪ Próg opłacalności: 20 000 €/QALY lub 50 000 €/QALY przy uwzględnianiu obciążenia chorobami związanymi z cukrzycą</li> </ul>	EMPA vs STD	<p>Populacja pacjentów, którzy kwalifikowaliby się do objęcia leczeniem w badaniu RCT <i>EMPA-REG</i>:</p> <p><u>ICER: 7 822 €/QALY</u></p> <p>Δkoszty: 8 150 €</p> <p>ΔQALY: 1,04</p> <p>Populacja pacjentów spełniających kryteria refundacji <i>EMPA</i><sup>54</sup>:</p> <p><u>ICER: 5 320 €/QALY</u></p> <p>Δkoszty: 6 698 €</p> <p>ΔQALY: 1,26</p>
<i>Lin 2022</i>	Chiny	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Populacja: chorzy z HFrEF i współistniejącą T2DM</li> <li>▪ Sposób modelowania: model Markowa</li> <li>▪ Typ analizy: CEA</li> <li>▪ Perspektywa: PPP, koszty w \$</li> <li>▪ Horyzont: 15 lat</li> <li>▪ Dyskontowanie: 5%</li> <li>▪ Użyteczności: <i>Xuan 2017</i><sup>54</sup>, <i>King 2016</i><sup>55</sup>, <i>Yao 2020</i><sup>56</sup></li> <li>▪ Źródło danych klinicznych: badanie RCT <i>EMPEROR-Reduced</i><sup>57</sup> oraz Chińskie CDC<sup>58</sup> i analiza <i>Huang 2017</i><sup>59</sup></li> <li>▪ Próg opłacalności: 31 510,57 \$/QALY</li> </ul>	EMPA vs STD	<p><u>ICER: dominujący</u></p> <p>Δkoszty: -745,31 \$</p> <p>ΔQALY: 0,27</p>

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c ≥7% i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

Źródło	Kraj	Metodyka	Porównanie	Wyniki (analiza podstawowa)
Nguyen 2023	Stany Zjednoczone	<ul style="list-style-type: none"> <li>Populacja: chorzy z HFREF i współistniejącą T2DM</li> <li>Sposób modelowania: model Markowa</li> <li>Typ analizy: CEA</li> <li>Perspektywa: PPP, koszty w \$</li> <li>Horyzont: dożywni</li> <li>Dyskontowanie: 3%</li> <li>Użyteczności: <i>Thomas 2021<sup>60</sup>, Butler 2021<sup>61</sup>, Kosiborod 2020<sup>62</sup>, McEwan 2020<sup>63</sup></i></li> <li>Źródło danych klinicznych: badanie RCT <i>EMPEROR-Reduced<sup>57</sup></i> oraz publikacje <i>McMurray 2019<sup>64</sup>, Shi 2019<sup>65</sup></i></li> <li>Próg opłacalności: 100 000 \$/QALY</li> </ul>	EMPA+STD vs STD; DAPA+STD vs EMPA+STD	<p><b>EMPA+STD vs STD</b> ICER: 79 114 \$/QALY Δkoszty: 12 713 \$ ΔQALY: 0,16</p> <p><b>DAPA+STD vs EMPA+STD</b> ICER: 30 898 \$/QALY Δkoszty: 7 100 \$ ΔQALY: 0,23</p>
Nilsson 2023	Szwecja	<ul style="list-style-type: none"> <li>Populacja: chorzy z T2DM i stabilną CVD</li> <li>Sposób modelowania: model IHE-DCM<sup>66</sup></li> <li>Typ analizy: CEA</li> <li>Perspektywa: PPP i społeczna, koszty w €</li> <li>Horyzont: dożywni (40 lat)</li> <li>Dyskontowanie: 3%</li> <li>Użyteczności: przegląd <i>Beaudet 2014<sup>8</sup></i></li> <li>Źródło danych klinicznych: badanie RCT <i>EMPA-REG OUTCOME</i></li> <li>Próg opłacalności: -^</li> </ul>	EMPA+STD vs STD	<p>ICER PPP: 15 816 €/QALY ICER perspektywa społeczna: 15 928 €/QALY Δkoszty: 5 902 € ΔQALY: 0,37 ΔLY: 0,61</p>
Ramos 2020	Wielka Brytania	<ul style="list-style-type: none"> <li>Populacja: chorzy z T2DM</li> <li>Sposób modelowania: IQVIA CDM, ver. 9.0<sup>6</sup>;</li> <li>Typ analizy: CEA</li> <li>Perspektywa: PPP, koszty w £</li> <li>Horyzont: 50 lat</li> <li>Dyskontowanie: 3,5%</li> <li>Użyteczności: przegląd <i>Beaudet 2014<sup>8</sup></i> oraz analiza <i>Bagust 2005<sup>31</sup></i></li> <li>Źródło danych klinicznych: badania RCT <i>EMPA-REG OUTCOME</i> oraz <i>LEADER<sup>67</sup></i></li> <li>Próg opłacalności: 20 000 £/QALY</li> </ul>	EMPA+STD vs STD; EMPA+STD vs LIRA+STD	<p><b>EMPA+STD vs STD</b> ICER: 6 428 £/QALY Δkoszty: 3 664 £ ΔQALY: 0,570 ΔLY: 0,853</p> <p><b>EMPA+STD vs LIRA+STD</b> ICER: dominujący Δkoszty: -3 384 £ ΔQALY: 0,218 ΔLY: 0,230</p>

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c ≥7%  
i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

Źródło	Kraj	Metodyka	Porównanie	Wyniki (analiza podstawowa)
Zheng 2022	Stany Zjednoczone	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Populacja: chorzy z HFpEF i współistniejącą T2DM</li> <li>▪ Sposób modelowania: model Markowa</li> <li>▪ Typ analizy: CEA</li> <li>▪ Perspektywa: PPP, koszty w \$</li> <li>▪ Horyzont: dożywni</li> <li>▪ Dyskontowanie: 3%</li> <li>▪ Użyteczności: badanie RCT <i>EMPEROR-Preserved</i><sup>68</sup></li> <li>▪ Źródło danych klinicznych: badanie RCT <i>EMPEROR-Preserved</i><sup>68</sup></li> <li>▪ Próg opłacalności: testowano różne wartości: &lt;60 000 \$/QALY, 60 000- &lt;180 000 \$/QALY, ≥180 000 \$/QALY</li> </ul>	EMPA vs STD	<p>Wyniki w pogrupie bez redukcji śmiertelności z przyczyn sercowo-naczyniowych</p> <p><u>ICER: 419 739 \$/QALY</u></p> <p>Wyniki w pogrupie ze zredukowaną śmiertelnością z przyczyn sercowo-naczyniowych</p> <p><u>ICER: 162 334 \$/QALY</u></p>

\* obliczenia na podstawie dostępnych danych;

^ choć w Szwecji nie ma ustalonego progu opłacalności leczenia, zgodnie z wytycznymi *National Board of Health and Welfare*, koszty <10 000 €/QALY są uważane za niskie, a wartości w przedziale 10 000-50 000 €/QALY uważa się za średnie;

CNT (z ang. *cost needed to treat*) – koszt leczenia, mający zapobiec jednemu zdarzeniu z analizowanych głównych punktów końcowych;

DES – symulacja zdarzeń dyskretnych (z ang. *discrete event simulation*);

DICE – z ang. *discretely integrated condition event*;

DKD – cukrzycowa choroba nerek (z ang. *diabetic kidney disease*);

1 w tabeli przedstawiono wyniki w \$;

2 Zhang P, Brown MB, Bilik D, Ackermann RT, Li R, Herman WH. Health utility scores for people with type 2 diabetes in U.S. managed care health plans: results from Translating Research Into Action for Diabetes (TRIAD). *Diabetes Care* 2012;35:2250–6;

3 *Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME; źródło: <https://www.healthdata.org/about>);

4 *Australian Bureau of Statistics* (źródło: <https://www.abs.gov.au/>);

5 w ramach analizy z perspektywy społecznej autorzy przeprowadzili analizę wartości „statystycznego roku życia” w przeliczeniu na jednego pacjenta leczonego w Australii (VoSLY, z ang. *value of statistical life year*);

6 *The IQVIA Core Diabetes Model* (CDM; źródło: <https://www.core-diabetes.com/>)

7 Publikacje do badania *LEADER*: Marso SP, Bain SC, Consoli A, et al. Semaglutide and cardiovascular outcomes in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2016;375(19): 1834–44; Marso SP, Daniels GH, Brown-Frandsen K, et al. Liraglutide and cardiovascular outcomes in type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2016;375(4):311–22;

8 Beaudet A, Clegg J, Thuresson PO, Lloyd A, McEwan P. Review of utility values for economic modeling in type 2 diabetes. *Value Health*. 2014;17(4): 462–70;

9 Balijepalli C, Ayers D, Kandaswamy P, et al. Cardiovascular safety of empagliflozin versus glucagonlike-peptide-1 (GLP-1) receptor agonists: systematic literature review and indirect comparisons. *Value Health*. 2018;21:S120–1;

10 w tabeli przedstawiono wyniki w DKK ze względu na przedstawienie progu opłacalności w tej walucie;

11 w CEA *Gorgojo-Martinez 2020* oceniano semaglutyd w porównaniu z empagliflozyną – przedstawiony w wynikach ICER został obliczony dla semaglutylu;

12 Sharma R, Wilkinson L, Vrazic H, et al. Comparative efficacy of once-weekly semaglutide and SGLT-2 inhibitors in type 2 diabetic patients inadequately controlled with metformin monotherapy: a systematic literature review and network meta-analysis. *Curr Med. Res Opin*. 2018;34(9):1595–1603;

13 Evans M, Khunti K, Mamdani M, et al. Health-related quality of life associated with daytime and nocturnal hypoglycaemic events: a time trade-off survey in five countries. *Health Qual Life Outcomes*. 2013; 11(1):90;

14 Sullivan PW, Ghushchyan VH. EQ-5D scores for diabetes-related comorbidities. *Value Health*. 2016;19(8):1002–8;

15 Lindgren P, Graff J, Olsson AG, et al. IDEAL Trial Investigators. Costeffectiveness of high-dose atorvastatin compared with regular dose simvastatin. *Eur Heart J*. 2007;28:1448e1453;

16 Takura T, Kawanishi H, Minakuchi J, et al. Cost-effectiveness analysis of online hemodiafiltration in Japan. *Blood Purif*. 2013;35(Suppl 1):85e89;

17 Clarke PM, Gray AM, Briggs A, Farmer AJ, Fenn P, Stevens RJ et al. A model to estimate the lifetime health outcomes of patients with type 2 diabetes: the United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS) Outcomes Model (UKPDS no. 68). *Diabetologia* 2004; 47: 1747–1759.

18 Ze względu na brak danych dotyczących progu opłacalności stosowanego w Chinach, autorzy przyjęli dwa warianty, odpowiednio wartość rocznego PKB oraz trzykrotność rocznej wartości PKB na jednego mieszkańca;

19 Lung TWC, Hayes AJ, Hayen A, et al. A meta-analysis of health state valuations for people with diabetes: explaining the variation across methods and implications for economic evaluation. *Qual Life Res*. 2011;20:1669-78;

20 Samsa GP, Reutter RA, Parmigiani G, et al. Performing cost-effectiveness analysis by integrating randomized trial data with a comprehensive decision model: application to treatment of acute ischemic stroke. *J Clin Epidemiol*. 1999;52:259-71;

### Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c ≥7%  
i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym



- 21 Borisenko O, Haude M, Hoppe UC, et al. Cost-utility analysis of percutaneous mitral valve repair in inoperable patients with functional mitral regurgitation in German settings. *BMC Cardiovasc Disord.* 2015;15:43;
- 22 Alva M, Gray A, Mihaylova B, Clarke P. The effect of diabetes complications on health-related quality of life: the importance of longitudinal data to address patient heterogeneity. *Health Econ.* 2014;23:487-500;
- 23 Nguyen E, Egri F, Mearns ES, et al. Cost-effectiveness of high-dose edoxaban compared with adjusted-dose warfarin for stroke prevention in non-valvular atrial fibrillation patients. *Pharmacotherapy.* 2016;36: 488-95;
- 24 Pink J, Pirmohamed M, Lane S, Hughes DA. Cost-effectiveness of pharmacogenetics-guided warfarin therapy vs. alternative anticoagulation in atrial fibrillation. *Clin Pharmacol Ther.* 2014;95:199-20;
- 25 Reed SD, Kaul P, Li Y, et al. Medical resource use, costs, and quality of life in patients with acute decompensated heart failure: findings from ASCEND-HF. *J Card Fail.* 2013;19:611-20;
- 26 Parthan A, Leahy KJ, O'sullivan AK, et al. Cost effectiveness of targeted high-dose atorvastatin therapy following genotype testing in patients with acute coronary syndrome. *Pharmacoeconomics.* 2013;31:519-31;
- 27 Taylor DCA, Pandya A, Thompson D, et al. *Eur J Health Econ.* 2009;10:255-65;
- 28 Założenie przyjęte przez autorów analizy;
- 29 Green JB, Bethel MA, Armstrong PW, et al. Effect of sitagliptin on cardiovascular outcomes in type 2 diabetes. *N Engl J Med.* 2015;373(3):232-42;
- 30 Scirica BM, Bhatt DL, Braunwald E, et al. Saxagliptin and cardiovascular outcomes in patients with type 2 diabetes mellitus. *N Engl J Med.* 2013;369(14):1317-26;
- 31 Bagust A, Beale S. Modelling EuroQol health-related utility values for diabetic complications from CODE-2 data. *Health Econ.* 2005;14(3):217-30;
- 32 Balijepalli C, Shirali R, Kandaswamy P, et al. Cardiovascular safety of empagliflozin versus dipeptidyl peptidase-4 (DPP-4) inhibitors in type 2 diabetes: systematic literature review and indirect comparisons. *Diabetes Ther.* 2018;9(4):1491-500;
- 33 Li T, Wan X, Ma J, et al. Cost-effectiveness of primary prevention with statin treatment for Chinese patients with type 2 diabetes. *Adv Ther.* 2018;35(12):2214-23;
- 34 Grandy S, Fox KM, Shield Study Group. Change in health status (EQ-5D) over 5 years among individuals with and without type 2 diabetes mellitus in the SHIELD longitudinal study. *Health Qual Life Outcomes.* 2012;10:99;
- 35 Sullivan PW, Ghushchyan V. Preference-based EQ-5D index scores for chronic conditions in the United States. *Med Decis Making.* 2006; 26(4):410-420;
- 36 van Hoek AJ, Underwood A, Jit M, Miller E, Edmunds WJ. The impact of pandemic influenza H1N1 on health-related quality of life: a prospective population-based study. *PLoS One.* 2011;6(3):e17030;
- 37 Xu R, Insinga RP, Golden W, Hu XH. EuroQol (EQ-5D) health utility scores for patients with migraine. *Qual Life Res.* 2011;20(4):601-608;
- 38 w analizie podstawowej wykorzystano średnią kosztów komercyjnych i Medicare (odsetki oszacowane na podstawie danych pacjentów z *EMPA-REG OUTCOME*);
- 39 Neal B, Perkovic V, Mahaffey KW, et al. Canagliflozin and cardiovascular and renal events in type 2 diabetes. *N Engl J Med.* 2017;377:644-57;
- 40 Wiviott SD, Raz I, Bonaca MP, et al. Dapagliflozin and cardiovascular outcomes in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2019;380:347-57;
- 41 Matza LS, Boye KS, Yurgin N, et al. Utilities and disutilities for type 2 diabetes treatment-related attributes. *Qual Life Res.* 2007;16(7): 1251-1265;
- 42 Shao H, Yang S, Fonseca V, Stoecker C, Shi L. Estimating quality of life decrements due to diabetes complications in the United States: the health utility index (HUI) diabetes complication equation. *Pharmacoeconomics.* 2019;37(7):921-929;
- 43 Boye KS, Matza LS, Walter KN, Van Brunt K, Palsgrove AC, Tynan A. Utilities and disutilities for attributes of injectable treatments for type 2 diabetes. *Eur J Health Econ.* 2011;12(3):219-230;
- 44 publikacja główna: Herrington 2023;
- 45 Heerspink 2020; Heerspink, H. J. L., Stefánsson, B. V., Correa-Rotter, R., Chertow, G. M., Greene, T., Hou, F. F., et al. (2020). Dapagliflozin in patients with chronic kidney disease. *N. Engl. J. Med.* 383 (15), 1436-1446. doi:10.1056/nejmoa2024816;
- 46 Lauridsen, J.T., Lonborg, J., Gundgaard, J. & Jensen, H.H. Diminishing marginal disutility of hypoglycaemic events: results from a time trade-off survey in five countries. *Qual Life Res* 23, 2645-2650 (2014);
- 47 Foos, V.M., P. . Conversion of Hypoglycaemia Utility Decrements from Categorical Units Reflecting Event History into Event Specific Disutility Scores Applicable to Diabetes Decision Models. *Value Health* 21(2018);
- 48 Häring HU, Merker L, Seewaldt-Becker E, et al; EMPA-REG MET Trial Investigators. Empagliflozin as add-on to metformin in patients with type 2 diabetes: a 24-week, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Diabetes Care.* 2014;37(6):1650-1659. doi:10.2337/dc13-2105;
- 49 Rådholm K, Figtree G, Perkovic V, et al. Canagliflozin and heart failure in Type 2 diabetes mellitus. *Circulation.* 2018;138(5):458-468. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.118.034222;
- 50 . Kato Eri T, Silverman Michael G, Mosenzon O, et al. Effect of dapagliflozin on heart failure and mortality in Type 2 diabetes mellitus. *Circulation.* 2019;139(22):2528-2536. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.119.040130;
- 51 van der Heijden AA, Feenstra TL, Hoogenveen RT, Niessen LW, de Bruijne MC, Dekker JM, et al. Policy evaluation in diabetes prevention and treatment using a population-based macro simulation model: the MICADO model. *Diabet Med.* 2015;32(12):1580-7;
- 52 Janssen LMM, Hiligsmann M, Elissen AMJ, Joore MA, Schaper NC, Bosma JHA, et al. Burden of disease of type 2 diabetes mellitus: cost of illness and quality of life estimated using the Maastricht Study. *Diabet Med.* 2020;37(10):1759-65;
- 53 Hoorn Diabetes Care System: Van Der Heijden AA, Rauh SP, Dekker JM, Beulens JW, Elders P, M't Hart L, et al. The Hoorn Diabetes Care System (DCS) cohort. A prospective cohort of persons with type 2 diabetes treated in primary care in the Netherlands. *BMJ Open.* 2017;7(5):e015599; 54 Nederland Z. Zorginstituut Nederland. [cited 2022 10th July]; <https://english.zorginstituutnederland.nl/publications/reports/021/06/22/gvs-advice-sglit-2-inhibitors>;
- 54 Xuan J, Tao L, Zhu S, et al. Real world survey of nondirect medical cost and quality of life for heart failure patients of China. *China Health Insurance* 2017;3:61-4;

### Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$   
 i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

- 55 King JB, Shah RU, Bress AP, et al. Cost-Effectiveness of Sacubitril-Valsartan Combination Therapy Compared With Enalapril for the Treatment of Heart Failure With Reduced Ejection Fraction. *JACC Heart Fail* 2016;4:392-402;
- 56 Yao Y, Zhang R, An T, et al. Cost-effectiveness of adding dapagliflozin to standard treatment for heart failure with reduced ejection fraction patients in China. *ESC Heart Fail* 2020;7:3582-92;
- 57 Packer M, Anker SD, Butler J, et al. Cardiovascular and Renal Outcomes with Empagliflozin in Heart Failure. *N Engl J Med* 2020;383:1413-24;
- 58 Chinese Center for Disease Control and Prevention. In China mortality surveillance dataset. 1st edition. Peking: China Science and Technology Press, 2018:17-82;
- 59 Huang J, Yin H, Zhang M, et al. Understanding the economic burden of heart failure in China: impact on disease management and resource utilization. *J Med Econ* 2017;20:549-53.
- 60 M. Thomas, P.G. Jones, D.J. Cohen, A.V. Suzanne, E.A. Magnuson, K. Wang, et al., Predicting the EQ-5D utilities from the Kansas City cardiomyopathy questionnaire in patients with heart failure, *Eur. Heart J. Qual. Care Clin. Outcomes* 7 (4) (2021) 388–396, <https://doi.org/10.1093/ehjqcco/qcab014>;
- 61 J. Butler, S.D. Anker, G. Filippatos, M.S. Khan, J.P. Ferreira, S.J. Pocock, et al., Empagliflozin and health-related quality of life outcomes in patients with heart failure with reduced ejection fraction: the EMPEROR-reduced trial, *Eur. Heart J.* 42 (13) (2021) 1203–1212, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa1007>;
- 62 M.N. Kosiborod, P.S. Jhund, K.F. Docherty, M. Diez, M.C. Petrie, S. Verma, et al., Effects of dapagliflozin on symptoms, function, and quality of life in patients with heart failure and reduced ejection fraction: results from the DAPA-HF trial, *Circulation.* 141 (2) (2020) 90–99, <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.119.044138>;
- 63 P. McEwan, O. Darlington, J.J.V. McMurray, P.S. Jhund, K.F. Docherty, M. Bohm, et al., Cost-effectiveness of dapagliflozin as a treatment for heart failure with reduced ejection fraction: a multinational health-economic analysis of DAPA-HF, *Eur. J. Heart Fail.* 22 (11) (2020) 2147–2156, <https://doi.org/10.1002/ehf.1978>;
- 64 J.J.V. McMurray, S.D. Solomon, S.E. Inzucchi, L. Køber, M.N. Kosiborod, F. A. Martinez, et al., Dapagliflozin in patients with heart failure and reduced ejection fraction, *N. Engl. J. Med.* 381 (21) (2019) 1995–2008, <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1911303>;
- 65 F.-H. Shi, H. Li, L. Shen, Z. Zhang, Y.-H. Jiang, Y.-M. Hu, et al., Appraisal of noncardiovascular safety for sodium–glucose co-transporter 2 inhibitors: a systematic review and meta-analysis of placebo-controlled randomized clinical trials, *Front. Pharmacol.* 10 (2019) 1066, <https://doi.org/10.3389/fphar.2019.01066>;
- 66 Lundqvist A, Steen Carlsson K, Johansen P, Andersson E, Willis M. Validation of the IHE cohort model of type 2 diabetes and the impact of choice of macrovascular risk equations. *PLoS One.* 2014;9(10):e1110235;
- 67 Marso SP, Daniels GH, Brown-Frandsen K et al. Liraglutide and cardiovascular outcomes in Type II diabetes. *N. Engl. J. Med.* 375(4), 311–322 (2016);
- 68 Anker SD, Butler J, Filippatos G, et al; EMPEROR-Preserved Trial Investigators. Empagliflozin in heart failure with a preserved ejection fraction. *N Engl J Med.* 2021;385(16):1451–1461. doi:10.1056/NEJMoa2107038
- 69 Rodbard HW, Rosenstock J, Canani LH et al. Oral semaglutide versus empagliflozin in patients with Type 2 diabetes uncontrolled on metformin: the PIONEER 2 Trial. *Diabetes Care* 42(12), 2272–2281 (2019)
- 70 Marso SP, Bain SC, Consoli A et al. Semaglutide and cardiovascular outcomes in patients with Type 2 diabetes. *N. Engl. J. Med.* 375, 1834–1844 (2016)

Tabela 57. Wyniki analizy kosztów-korzyści *Glover 2022*, perspektywa płatnika publicznego (korzyści bezpośrednie) oraz społeczna.

	Wiek 30-44 [lat]	Wiek 45-54 [lat]	Wiek 55-64 [lat]	Wiek 30-64 [lat]
<b>CANVAS</b>				
Koszty całkowite	165 634 \$	820 322 \$	1 341 571 \$	2 327 527 \$
Bezpośrednie korzyści medyczne	76 096 \$	352 940 \$	474 774 \$	903 810 \$
Korzyści społeczne	1 349 640 \$	4 902 956 \$	3 305 366 \$	9 557 961 \$
Bezpośrednie korzyści medyczne: wskaźnik kosztów	0,23	0,43	0,16	0,26
Korzyści społeczne: wskaźnik kosztów	8,15	5,98	2,46	4,11
<b>DECLARE-TIMI</b>				
Koszty całkowite	165 634 \$	820 322 \$	1 341 571 \$	2 327 527 \$
Bezpośrednie korzyści medyczne	58 485 \$	271 261 \$	357 270 \$	687 016 \$

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$  i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

	Wiek 30-44 [lat]	Wiek 45-54 [lat]	Wiek 55-64 [lat]	Wiek 30-64 [lat]
Korzyści społeczne	1 354 214 \$	4 883 898 \$	3 211 682 \$	9 449 794 \$
Bezpośrednie korzyści medyczne: wskaźnik kosztów	0,35	0,33	0,27	0,30
Korzyści społeczne: wskaźnik kosztów	8,18	5,95	2,39	4,06
<b>EMPA-REG</b>				
Koszty całkowite	165 634 \$	820 322 \$	1 341 571 \$	2 327 527 \$
Bezpośrednie korzyści medyczne	57 131 \$	264 977 \$	348 232 \$	670 340 \$
Korzyści społeczne	1 261 811 \$	4 555 915 \$	2 995 162 \$	8 812 888 \$
Bezpośrednie korzyści medyczne: wskaźnik kosztów	0,34	0,32	0,26	0,29
Korzyści społeczne: wskaźnik kosztów	7,62	5,55	2,23	3,79

W wyniku aktualizacji wyszukiwania względem poprzedniej analizy (*AE Jardiance 2022*) zidentyfikowano 12 prac zawierających analizę kosztów-żyteczności, jedną pracę zawierającą analizę kosztów-korzyści oraz trzy publikacje zawierające analizę rocznych kosztów terapii. W zdecydowanej większości CUA (9 z 12) strategia z zastosowaniem empagliflozyny była kosztowo-efektywna w porównaniu z uwzględnionym komparatorem.

### 18.2.3 Wyszukiwanie uzupełniające – zagraniczne agencje HTA

Uzupełniająco do systematycznego przeglądu badań ekonomicznych w bazach medycznych wykonano również poglądowy przegląd zasobów internetowych serwisów agencji HTA. Wyszukiwanie przeprowadzono dnia 15 lipca 2024 roku. W celu wyszukiwania badań ekonomicznych przeszukano zagraniczne rekomendacje refundacyjne dotyczące produktu Jardiance® w leczeniu chorych na T2DM, uwzględnione w ramach analizy problemu decyzyjnego (*APD Jardiance 2024*):

- *Scottish Medicines Consortium (SMC)*;
- *All Wales Medicines Strategy Group (AWMSG)*;
- *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)*;
- *Institute für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)*;
- *Haute Autorite de Sante (HAS)*;
- *Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH)*;

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$   
i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

- *Pharmaceutical Benefits Advisory Committee (PBAC)*;
- *Pharmacology and Therapeutics Advisory Committee (PTAC)*;
- *National Centre for Pharmacoeconomics (NCPE)*.

W ramach przeglądu zasobów internetowych powyższych agencji odnaleziono 8 dokumentów zawierających ocenę farmakoekonomiczną leku Jardiance® w rozważanym wskazaniu: analizy All Wales Medicines Strategy Group (*AWMSG 2015*), Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (*CADTH 2015, CADTH 2016*), Haute Autorité de Santé (*HAS 2016*), National Institute for Health and Care Excellence (*NICE 2015*), Pharmaceutical Benefits Advisory Committee (*PBAC 2014, PBAC 2015*) oraz Scottish Medicines Consortium (*SMC 2014*) – najważniejsze informacje zestawiono w tabeli poniżej:

Tabela 58. Charakterystyka włączonych analiz ekonomicznych.

Publikacja	Kraj	Metodyka	Porównanie	Wynik (analiza podstawowa)
<i>AWMSG 2015</i>	Walia	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Populacja: chorzy na T2DM z nieodpowiednią kontrolą glikemii i wysokim ryzykiem zdarzeń sercowo-naczyniowych</li> <li>▪ Sposób modelowania: 1. rok model drzewa decyzyjnego, następne 40. Lat metodą ekstrapolacji na podstawie wyników badania UKPDS<sup>8</sup></li> <li>▪ Typ analizy: CUA, CMA</li> <li>▪ Perspektywa: płatnika publicznego, koszty w £</li> <li>▪ Horyzont czasowy: dożywotni (41 lat)</li> <li>▪ Dyskontowanie: 3,5%/rok</li> <li>▪ Użyteczności: badanie UKPDS<sup>8</sup></li> <li>▪ Źródło danych klinicznych: badanie <i>EMPA-REG OUTCOME</i></li> <li>▪ Próg opłacalności: -20 000 £/QALY</li> </ul>	<p><u>Na podstawie 52-tyg. wyników klinicznych:</u><sup>1</sup></p> <p>EMPA vs PIO45 EMPA vs SITA100 EMPA vs SU</p> <p><u>Na podstawie 24-tyg. wyników klinicznych:</u><sup>1</sup></p> <p>EMPA vs CANA100 EMPA vs CANA300 EMPA vs DAPA5 EMPA vs DAPA10</p>	<p>Główne wyniki zamieszczone w publikacji są niejawne (nie podano wartości QALY i ICUR);</p> <p><u>Na podstawie 52-tyg. wyników klinicznych</u> stosowanie empagliflozyny jest kosztowo efektywne w porównaniu z PIO45 i SU;</p> <p>EMPA dominuje nad SITA100</p> <p><u>Na podstawie 24-tyg. wyników klinicznych:</u> EMPA dominuje nad DAPA5 i DAPA10 oraz jest zdominowana przez CANA100</p>
<i>CADTH 2015</i>	Kanada	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Populacja: chorzy na T2DM z nieodpowiednią kontrolą glikemii</li> <li>▪ Sposób modelowania:-</li> <li>▪ Typ analizy: CMA</li> <li>▪ Perspektywa: płatnika publicznego, koszty w \$</li> <li>▪ Horyzont czasowy: 1-roczyzny</li> <li>▪ Dyskontowanie:-</li> <li>▪ Użyteczności:-</li> <li>▪ Źródło danych klinicznych: NMA<sup>2</sup></li> <li>▪ Próg opłacalności:-</li> </ul>	<p>EMPA vs CANA vs SITA vs SAXA5 vs LINA vs ALOG vs PIO vs ACAR vs INS</p>	<p><u>Dzienne koszty terapii:</u></p> <p>EMPA: 2,62 \$ CANA: 2,62 \$ SITA: 2,98 \$ SAXA5: 2,88 \$ LINA: 2,25- 2,55 \$ ALOG: 2,10 \$</p> <p>EMPA jest droższa niż PIO, ACAR, INS</p>

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$  i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

Publikacja	Kraj	Metodyka	Porównanie	Wynik (analiza podstawowa)
<i>CADTH 2016</i>	Kanada	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Populacja: chorzy na T2DM z nieodpowiednią kontrolą glikemii i wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym</li> <li>▪ Sposób modelowania: oparte na symulacji indywidualnej;</li> <li>▪ Typ analizy: CEA</li> <li>▪ Perspektywa: płatnika publicznego, koszty w \$</li> <li>▪ Horyzont czasowy: dożywotni</li> <li>▪ Dyskontowanie: 5%/rok</li> <li>▪ Użyteczności: analiza <i>Sullivan 2015</i><sup>3</sup></li> <li>▪ Źródło danych klinicznych: Badanie <i>EMPA REG OUTCOME</i></li> <li>▪ Próg opłacalności: 50 000 \$/QALY</li> </ul>	EMPA+STD vs PBO+STD	<p><b>W ocenie wnioskodawcy<sup>4</sup>:</b></p> <p>ICUR: 5 977 \$/QALY (ΔQALY: 0,74 ΔKoszty: 4 447 \$)</p>
<i>HAS 2016</i>	Francja	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Populacja: chorzy na T2DM z wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym</li> <li>▪ Sposób modelowania: DES</li> <li>▪ Typ analizy: CEA, CUA</li> <li>▪ Perspektywa: wspólna płatnika i pacjentów, koszty w €</li> <li>▪ Horyzont czasowy: 20-letni</li> <li>▪ Dyskontowanie: 4%</li> <li>▪ Użyteczności: analiza <i>Sullivan 2015</i><sup>3</sup></li> <li>▪ Źródło danych klinicznych: badanie <i>EMPA-REG OUTCOME</i></li> <li>▪ Próg opłacalności: bd.</li> </ul>	EMPA+STD vs STD	ICUR: 16 905 €/QALY

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c ≥7% i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

Publikacja	Kraj	Metodyka	Porównanie	Wynik (analiza podstawowa)
NICE 2015	Wielka Brytania	<ul style="list-style-type: none"> <li>Populacja: chorzy na T2DM z nieadekwatnie kontrolowaną cukrzycą</li> <li>Sposób modelowania: mikrosymulacje (model ECEM)<sup>5</sup></li> <li>Typ analizy: CEA</li> <li>Perspektywa: płatnika publicznego (NHS) oraz indywidualne usługi społeczne, koszty w £</li> <li>Horyzont czasowy: 40-letni</li> <li>Dyskontowanie: 3,5%/rok</li> <li>Użyteczności: badanie UKPDS<sup>8</sup> oraz analiza <i>Bagust 2005</i><sup>7</sup></li> <li>Źródło danych klinicznych: badanie <i>Clarke 2002</i><sup>7</sup> i <i>Clarke 2003</i><sup>9</sup>, badanie kliniczne <i>EMPA-REG OUTCOME</i> oraz metaanaliza sieciowa<sup>10</sup></li> <li>Próg opłacalności: b.d.</li> </ul>	<p><b>Terapie 2-lekowe<sup>1</sup>:</b> EMPA+MET vs SITA+MET</p> <p><b>Terapie 3-lekowe<sup>1</sup>:</b> EMPA+MET+SU vs SITA+MET+SU; CANA+MET+SU vs EMPA+MET+SU<sup>11</sup></p> <p><b>Terapie dodane do insuliny<sup>1</sup>:</b> INS+EMPA vs INS+SITA</p>	<p><b>W ocenie Wnioskodawcy:</b> <u>EMPA+MET vs SITA+MET:</u> ICER: zdominowany (ΔQALY: 0 ΔKoszty: 608 £)</p> <p><u>EMPA+MET+SU vs SITA+MET+SU:</u> ICER: 1 433 (ΔQALY: 0,03 ΔKoszty: 43 £)</p> <p><u>CANA+MET+SU vs EMPA+MET+SU<sup>8</sup></u> ICER: 17 445 (ΔQALY: 0,011 ΔKoszty: 192 £)</p> <p><u>INS+EMPA vs INS+SITA</u> ICER: dominujący (ΔQALY: 0,03 ΔKoszty: -118 £)</p> <p><b>W ocenie ERG NICE<sup>12</sup>:</b> <u>EMPA+MET vs SITA+MET:</u> ICER: zdominowany (ΔQALY: -0,001 ΔKoszty: 608 £)</p>
				<p><u>Koszt rocznej paciento-terapii:</u> EMPA: 1 173,84 \$ CANA: 1 173,84 \$ DAPA: 1 260,81 \$ SITA: 770,02 \$</p>
PBAC 2014	Australia	<ul style="list-style-type: none"> <li>Populacja: chorzy na T2DM</li> <li>Sposób modelowania:-</li> <li>Typ analizy: CMA</li> <li>Perspektywa: płatnika publicznego, koszty w \$</li> <li>Horyzont czasowy: 1-roczyzny</li> <li>Dyskontowanie:-</li> <li>Użyteczności:-</li> <li>Źródło danych klinicznych: porównanie pośrednie<sup>13</sup></li> <li>Próg opłacalności: bd.</li> </ul>	<p>[MET+/SU+] EMPA vs DAPA EMPA vs CANA EMPA vs SITA</p>	<p><u>Koszt rocznej paciento-terapii:</u> EMPA: 742 \$ DAPA: 750 \$</p>
PBAC 2015	Australia	<ul style="list-style-type: none"> <li>Populacja: chorzy na T2DM</li> <li>Sposób modelowania:-</li> <li>Typ analizy: CMA</li> <li>Perspektywa: płatnika publicznego, koszty w \$</li> <li>Horyzont czasowy: bd.</li> <li>Dyskontowanie:-</li> <li>Użyteczności:-</li> <li>Źródło danych klinicznych: porównanie pośrednie<sup>14</sup>18.4.2</li> <li>Próg opłacalności: bd.</li> </ul>	<p>[MET+SU+] EMPA vs DAPA</p>	<p><u>Koszt rocznej paciento-terapii:</u> EMPA: 742 \$ DAPA: 750 \$</p>

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$  i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

Publikacja	Kraj	Metodyka	Porównanie	Wynik (analiza podstawowa)
SMC 2014	Szkocja	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Populacja: chorzy na T2DM z nieodpowiednią kontrolą glikemii</li> <li>▪ Sposób modelowania: symulacje kohortowe</li> <li>▪ Typ analizy: CMA, CUA</li> <li>▪ Perspektywa: płatnika publicznego, koszty w £</li> <li>▪ Horyzont czasowy: bd.</li> <li>▪ Dyskontowanie: bd.</li> <li>▪ Użyteczności: badanie UKPDS<sup>7</sup></li> <li>▪ Źródło danych klinicznych: 4 analizy sieciowe, w których oceniano skuteczność w redukcji HbA1c, SBP i masy ciała<sup>15</sup></li> <li>▪ Próg opłacalności: bd.</li> </ul>	<p><b>Terapie 2-lekowe:</b> [MET+/INS+] EMPA vs DAPA</p> <p><b>Terapie 3-lekowe:</b> [MET+SU+/MET+TZD+] EMPA vs DPP-4i</p>	<p><b>Terapie 2-lekowe:</b> EMPA neutralne kosztowo vs DAPA</p> <p><b>Terapie 3-lekowe:</b> [MET+SU+] EMPA vs DPP-4i: ICUR: 806 £//QALY (ΔQALY: 0,036 ΔKoszty: 29 £)</p> <p>[MET+TZD+] EMPA10 vs DPP-4i: ICUR: 12 798 £//QALY (ΔQALY: 0,04 ΔKoszty: 516 £)</p>

UKPDS – *United Kingdom Prospective Diabetes Study*;

- 1 w dokumencie przedstawiono więcej porównań opłacalności leków, jednak na potrzeby niniejszej analizy w tabeli powyżej przedstawiono jedynie te dotyczące ocenianej interwencji;
- 2 Dane niepublikowane, dostarczone CADTH przez Wnioskodawcę;
- 3 Sullivan PW, Ghushchyan VH. EQ-5D scores for diabetes-related comorbidities. *Value Health*. 2016;19(8):1002–8;
- 4 ze względu na ograniczenia dostarczonego przez Wnioskodawcę modelu ekonomicznego, CDR nie była w stanie przeprowadzić ponownej analizy. Uznano jednak, że zidentyfikowane ograniczenia miałyby minimalny wpływ na ICER, w związku z czym zaakceptowano wyniki Wnioskodawcy;
- 5 model ECEM (*Empagliflozin Cost Effectiveness Model*), napisany w Visual Basic. Według opinii ERG, model ten nie został skonstruowany poprawnie, efektem czego uzyskane przez Wnioskodawcę wyniki nie są wiarygodne;
- 6 Clarke PM, Gray AM, Briggs A, Farmer AJ, Fenn P, Stevens RJ et al. A model to estimate the lifetime health outcomes of patients with type 2 diabetes: the United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS) Outcomes Model (UKPDS no. 68). *Diabetologia* 2004; 47: 1747–1759;
- 7 Bagust A, Beale S. Modelling EuroQol health-related utility values for diabetic complications from CODE-2 data. *Health Econ*. 2005;14(3):217–30;
- 8 Clarke P, Gray A, Holman R. Estimating utility values for health states of type 2 diabetic patients using the EQ-5D (UKPDS 62). *Med Decis Making*. 2002 Jul-Aug;22(4):340-9;
- 9 Clarke P, Gray A, Legood R, Briggs A, Holman R. The impact of diabetes-related complications on healthcare costs: results from the United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS Study No. 65). *Diabetic Medicine*. 2003;20(6):442-50;
- 10 spis źródeł publikacji wykorzystanych w NMA dodano do załącznika (zob. Załącznik 18.2);
- 11 Wnioskodawca w ramach analizy podstawowej przeprowadził porównanie CANA+MET+SU vs EMPA+MET+SU;
- 12 Według ERG wartość bezwzględna w zakresie korzyści zdrowotnych była mniejsza, a odpowiadające im koszty wyższe niż w przypadku analiz przedstawionych we wniosku, jednakże różnice te nie były istotne. W ocenie ERG, przedstawiony przez Wnioskodawcę model zawiera błędy, przez które wyniki mogą nie być wiarygodne;
- 13 źródła w załączniku 18.4.2;
- 14 źródła w załączniku 18.4.3.
- 15 brak szczegółowych informacji ad. piśmiennictwa.

Dominującą techniką analityczną była ocena kosztów-użyteczności. Długookresowe modelowanie wyników zdrowotnych i kosztów dokonywano w zaawansowanych matematycznie modelach, bazujących na symulacji wyników uzyskiwanych w kohortach pacjentów w procesie wielokrotnego losowania profilu czynników rokowniczych na poziomie pojedynczego pacjenta – takich jak symulacje zdarzeń dyskretnych (DES, ang. *discrete event simulation*). Źródłem danych dotyczących zależności pomiędzy wynikiem surogatowym a wynikiem końcowym było przede wszystkim duże, długookresowe badanie UKPDS (*United Kingdom Prospective Diabetes Study*). W większości przypadków przeprowadzone porównania prowadziły do wniosku o opłacalności empagliflozyny – ze względu na niski, akceptowalny dla płatnika koszt

Jardiance® (empagliflozyna) u pacjentów z cukrzycą typu 2 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c ≥7% i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

uzyskania QALY, bądź dominację ocenianej terapii nad komparatorem. W pojedynczych przypadkach stwierdzono dominację innej terapii nad empagliflozyną (AWMSG 2015, NICE 2015). Generalnie jednak różnice pomiędzy empagliflozyną a kluczowymi komparatorami (SGLT-2i, DPP-4i) w uzyskiwanej liczbie QALY, jak i kosztach terapii były bardzo niewielkie, w związku z czym za uzasadniony uznawano wniosek o porównywalnej efektywności kosztów tych terapii.

### 18.3 Definicje punktów końcowych związanych ze zdarzeniami klinicznymi w badaniu EMPA-REG OUTCOME

Tabela 59. Definicje punktów końcowych w badaniu EMPA-REG OUTCOME.

Punkt końcowy	Definicja
<b>Zawał serca niezakończony zgonem</b>	Termin „zawał serca” mógł być stosowany przy obecności dowodów martwicy mięśnia sercowego i obrazie klinicznym odpowiadającym niedokrwieniu mięśnia sercowego oraz jeżeli spełnione były kryteria definicji samoistnego zawału serca (zawał serca typu 1), zawału serca wtórnego do zwiększonego zapotrzebowania w tlen lub spadku jego podaży (zawał serca typu 2) lub zawału serca związanego z przezskórnymi interwencjami wieńcowymi lub udokumentowaną zakrzepicą w stenocie (zawał serca typu 4a/4b). Szczegółowe definicje zawałów serca stosowane w badaniu podano w publikacji <i>Zinman 2015 (Supplementary Appendix, s. 22-25)</i> . Do zawałów serca nie zaliczono zawałów niemych.
<b>Udar mózgu niezakończony zgonem</b>	Nagłe wystąpienie nowego, przetrwałego ubytku neurologicznego, przypisanego zatorowi naczyń mózgowych lub krwotokowi mózgowemu, przy braku przyczyny innej niż naczyniowa. Wyniki badań neuroobrazowych mogły posłużyć jako wsparcie diagnozy klinicznej oraz ustaleniu, czy można wskazać ogniskowe uszkodzenie odpowiadające ostremu udarowi. Udary klasyfikowano jako niedokrwienne, krwotoczne lub o nieustalonej etiologii. Bardziej szczegółowo kryteria rozpoznania udaru mózgu oraz stosowaną w badaniu klasyfikacja udarów opisano w publikacji ( <i>Zinman 2015 – Supplementary Appendix, s. 30-33</i> ).
<b>Hospitalizacja z powodu niestabilnej dławicy piersiowej</b>	Wystąpienie niestabilnej dławicy piersiowej wymagającej hospitalizacji można było stwierdzić pod warunkiem spełnienia każdego z poniższych kryteriów: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ brak podwyższenia biochemicznych wskaźników zawału serca, zgodnie z konwencjonalnie stosowanymi badaniami lub badaniami o porównywalnej czułości diagnostycznej;</li> <li>▪ obraz kliniczny- objawy sercowe trwające <math>\geq 10</math> minut i uznane w końcowym rozpoznaniu za objawy niedokrwienia mięśnia sercowego, przy obecności jednego z następujących: dolegliwości występujące w spoczynku (<i>rest angina</i>), nowy przypadek (<math>&lt; 2</math> mies.) ciężkiej dławicy piersiowej, nasilająca się dławica piersiowa;</li> <li>▪ konieczność odbycia nieplanowej wizyty w ośrodku opieki zdrowotnej lub przyjęcia całonocnego;</li> <li>▪ niedokrwienie mięśnia sercowego udokumentowane wynikiem badania elektrokardiograficznego, obrazowania serca lub badania angiograficznego (szczegółowe kryteria- <i>Zinman 2015 - Supplementary Appendix, s. 26</i>).</li> </ul> <p>Data tego zdarzenia odpowiada dacie hospitalizacji, z uwzględnieniem całonocnego pozostawania pacjenta w szpitalnym oddziale ratunkowym lub oddziale diagnostyki bólu w klatce piersiowej.</p>



Punkt końcowy	Definicja
<b>Hospitalizacja z powodu niewydolności serca</b>	<p>Wystąpienie niewydolności serca wymagającej hospitalizacji można było stwierdzić pod warunkiem spełnienia każdego z poniższych kryteriów:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ konieczność hospitalizacji zdefiniowana jako przyjęcie do szpitala lub co najmniej 12-godzinny pobyt w szpitalnym oddziale ratunkowym;</li> <li>▪ kliniczna manifestacja niewydolności serca (nowe wystąpienie lub pogorszenie), obejmująca co najmniej jeden z następujących: duszność, <i>orthopnoë</i>, napadowa duszność nocna, obrzęk, przypodstawne trzeszczenia, rozdęcie żył szyjnych, obecność trzeciego tonu lub rytmu cwałowego, radiologiczne dowody pogorszenia niewydolności serca;</li> <li>▪ zastosowanie dodatkowej lub intensyfikacja dotychczas stosowanej terapii – co najmniej jedno z następujących: rozpoczęcie leczenia doustnym lub dożylnym, lekiem działającym inotropowo lub obkurczającym naczynia; zwiększenie dawki doustnego lub dożylnego leku moczopędnego; rozpoczęcie mechanicznego wspomagania krążenia lub interwencja chirurgiczna (mechaniczne wspomaganie krążenia, przeszczepienie serca, stymulacja komorowa w celu poprawy czynności serca) lub zastosowanie ultrafiltracji, hemofiltracji lub dializ ukierunkowanych na leczenie niewydolności serca.</li> </ul> <p>Zmiany wartości wskaźników biochemicznych (np. peptydu natriuretycznego typu B) spójne z rozpoznaniem zastoinowej niewydolności serca mogły stanowić wsparcie dla diagnozy.</p> <p>Data tego zdarzenia odpowiada dacie hospitalizacji, z uwzględnieniem całonocnego pozostawania pacjenta w szpitalnym oddziale ratunkowym lub oddziale diagnostyki bólu w klatce piersiowej.</p>
<b>Niewydolność serca (stwierdzona przez badacza)</b>	<p>Zdarzenia identyfikowano na podstawie standardowego zapytania MedDRA SMQ (<i>narrow standardized MedDRA query</i>) „cardiac failure”, odwołującego się do następujących haseł: „acute pulmonary oedema”; „cardiac failure”; „cardiac failure, acute”; „cardiac failure, chronic”; „cardiac failure, congestive”; „cardiogenic shock”; „cardiopulmonary failure”; „left ventricular failure”; „pulmonary oedema”; „right ventricular failure”.</p> <p>Punkt końcowy nie podlegał ocenie komisji CEC.</p>
<b>Przemijający napad niedokrwienny mózgu</b>	<p>Przemijający epizod dysfunkcji neurologicznej spowodowany ogniskowym niedokrwieniem mózgu, rdzenia kręgowego lub epizod niedokrwienia siatkówki, bez ostrego udaru mózgu.</p>
<b>Rewaskularyzacja mięśnia sercowego</b>	<p>Pomostowanie aortalno-wieńcowe (CABG; ang. <i>Coronary Artery Bypass Grafting</i>) lub przeszskórna interwencja wieńcowa (PCI; ang. <i>Percutaneous Coronary Intervention</i>), np. angioplastyka lub stentowanie tętnic wieńcowych (szczegółowe definicje zdarzeń odnotowywanych jako CABG i PCI podano w publikacji <i>Zinman 2015 – Supplementary Appendix</i>, s. 30). W przypadkach, w których następstwem procedury był zawał serca (typ 4a, 4b lub 5) zdarzenie uznawano za zawał serca.</p>

Za przyczynę zgonu uznawano stan (chorobę), który spowodował zgon, a nie bezpośrednią przyczynę zgonu. Wszystkie informacje dostępne na temat zgonu były analizowane przez członków CEC, którzy następnie orzekali o przyczynie zgonu, bazując również na własnym doświadczeniu klinicznym. Wszystkie zgony, które nie zostały przypisane do poszczególnych kategorii zgonów sercowo-naczyniowych ani do kategorii zgonów z innych przyczyn, niż sercowo-naczyniowe, uznawano za zgony sercowo-naczyniowe.

W przypadku każdego zmarłego pacjenta dostarczano, o ile było to możliwe, akt zgonu lub skrócony akt zgonu, zawierający datę i informację o okolicznościach śmierci. Jednak, jeżeli akt zgonu był jedyną informacją, poza profilem pacjenta w bazie badania klinicznego, CEC mógł zdecydować o niewykorzystaniu informacji o przyczynie zgonu z aktu zgonu, jeżeli inna etiologia śmierci była bardziej prawdopodobna.

W orzekaniu o przyczynie zgonu posługiwano się następującymi definicjami:

Nagły zgon sercowy – niespodziewany zgon pacjenta uprzednio w stanie stabilnym, z uwzględnieniem następujących zdarzeń:

- natychmiastowy zgon w obecności świadków, niepoprzedzony nowymi objawami lub pogorszeniem;
- zgon w obecności świadków w ciągu godziny od wystąpienia nowych objawów lub pogorszenia objawów sercowych;
- zgon w obecności świadków przypisany zidentyfikowanej niemierności serca;
- osoby, u których nie powiodła się resuscytacja po zatrzymaniu akcji serca lub osoby, u których przywrócono krążenie, ale zmarły w okresie 24 godzin, przy braku identyfikacji niekardiologicznej przyczyny zgonu;
- zgon, do którego doszło bez świadków i nie określono innej przyczyny, niezwiązanej z układem sercowo-naczyniowym.

#### Zgon sercowo-naczyniowy (Cardiovascular death, CV death)

Nagły zgon spowodowany świeżym zawałem serca (zawał serca typu 3) – nagła śmierć, która wystąpiła do 14 dni po udokumentowanym świeżym zawałem serca (weryfikacja na podstawie kryteriów diagnostycznych świeżego zawału serca lub wynikach autopsji wykazujących świeży zawał serca lub świeży zakrzep w tętnicy wieńcowej), przy braku definitywnych dowodów wystąpienia innej przyczyny zgonu. Jeżeli zgon poprzedził możliwość biochemicznego potwierdzenia martwicy mięśnia sercowego, orzeczenie o przyczynie zgonu powinno być oparte o obraz kliniczny lub dokumentację elektrokardiograficzną.

Zgon w wyniku niewydolności serca lub wstrząsu kardiogennego – śmierć, której towarzyszyły kliniczne objawy przedmiotowe i/lub podmiotowe pogorszenia zastoinowej niewydolności serca, przy braku dowodów innej przyczyny zgonu. Nowe objawy lub objawy pogorszenia zastoinowej niewydolności serca obejmowały którykolwiek z poniższych:

- nowe lub narastające objawy przedmiotowe i/lub podmiotowe niewydolności serca wymagającej rozpoczęcia lub intensyfikacji leczenia niewydolności serca lub obecne u chorego już poddanego maksymalnie intensywnej terapii niewydolności serca;
- przedmiotowe i/lub podmiotowe objawy niewydolności serca wymagające stosowania ciągłej terapii dożylniej lub podawania tlenu;
- pacjent leżący, głównie z powodu objawów niewydolności serca;
- obrzęk płuc wystarczający do przyspieszenia oddechu (*tachypnoe*) i dolegliwości niewystępujących w przebiegu świeżego zawału serca ani w następstwie niemierności serca występującej przy braku pogorszenia niewydolności serca;
- wstrząs kardiogenny nie towarzyszący świeżemu zawałowi serca ani niemierności serca występującej przy braku pogorszenia niewydolności serca (szczegółową definicję wstrząsu kardiogennego podano w publikacji *Zinman 2015- Supplementary Appendix*, s. 21-22).

Zgon w wyniku udaru mózgu, zdarzenia mózgowo-naczyniowego – zgon, który wystąpił do 30 dni po udarze, spowodowany udarem lub powikłaniem udaru.

Zgon w wyniku innej przyczyny sercowo-naczyniowej – zgon, który nastąpił w wyniku w pełni udokumentowanej przyczyny sercowo-naczyniowej, innej niż ujętej w w/w kategoriach, np. dysrytmii, zatorowości płucnej lub interwencji sercowo-naczyniowej. Także zgon spowodowany zawałem serca, który był bezpośrednim następstwem badania/procedury/operacji sercowo-naczyniowej.

Punkt końcowy	Definicja
Progresja do makroalbuminurii	Wartość wskaźnika albumina/kreatynina >300 mg/g.
Uszkodzenie nerek- podwojenie stężenia kreatyniny w osoczu, przy eGFR ≤45 ml/min/1,73 m <sup>2</sup>	Podwojenie stężenia kreatyniny (tj. wzrost stężenia kreatyniny do co najmniej dwukrotności wartości wyjściowej) oceniano względem wyjściowego stężenia kreatyniny w osoczu, tj. ostatniego oznaczenia poprzedzającego pierwsze przyjęcie leku w badaniu i jednocześnie wymagane było stwierdzenie wartości eGFR ≤45 ml/min/1,73 m <sup>2</sup> (MDRD) w tej samej próbce.
Rozpoczęcie terapii nerkozastępczej (niewydolność nerek)	Konieczność rozpoczęcia ciągłej terapii nerkozastępczej. Definicja ciągłej terapii nerkozastępczej została zawarta w PDMAP; brak dalszych szczegółów w opublikowanym protokole. Wystąpienie jednego z następujących zdarzeń: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Schyłkowa niewydolność nerek;</li> <li>▪ Hemodializa;</li> <li>▪ Dializa otrzewnowa;</li> <li>▪ Przeszczepienie nerki.</li> </ul>

## 18.4 Źródła danych klinicznych w wyszukiwaniu uzupełniającym do przeglądu systematycznego analiz ekonomicznych (raporty HTA)

### 18.4.1 Źródła danych klinicznych, przedstawionej w raporcie HTA NICE 2015

Tabela 60. Publikacje włączone do metaanalizy sieciowej, przedstawionej w raporcie HTA NICE 2015.

Nazwa	Referencja
<b>Badania trwające co najmniej 24 (+/- 4) tygodnie</b>	
<i>Arechavaleta 2011</i>	Arechavaleta R, Seck T, Chen Y, Krobot KJ, O'Neill EA, Duran L, et al. Efficacy and safety of treatment with sitagliptin or glimepiride in patients with type 2 diabetes inadequately controlled on metformin monotherapy: a randomized, double-blind, non-inferiority trial. <i>Diabetes, obesity &amp; metabolism</i> . 2011;13(2):160-8.
<i>Bailey 2010</i>	Bailey CJ, Gross JL, Pieters A, Bastien A, List JF. Effect of dapagliflozin in patients with type 2 diabetes who have inadequate glycaemic control with metformin: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. <i>Lancet</i> . 2010;375(9733):2223-33. Epub 2010/07/09.
<i>Barnett 2012</i>	Barnett AH, Charbonnel B, Donovan M, Fleming D, Chen R. Effect of saxagliptin as add-on therapy in patients with poorly controlled type 2 diabetes on insulin alone or insulin combined with metformin. <i>Current medical research and opinion</i> . 2012;28(4):513-23.
<i>BI GMBH (1245-28) 2013</i>	Ridderstrale M, Svaerd R, Zeller C, Kim G, Woerle H, Broedl U, et al. Rationale, design and baseline characteristics of a 4-year (208-week) phase III trial of empagliflozin, an SGLT2 inhibitor, versus glimepiride as add-on to metformin in patients with type 2 diabetes mellitus with insufficient glycaemic control. <i>Cardiovascular diabetology</i> . 2013;12(1):129.
<i>BI GMBH (1245-33) 2013</i>	Rosenstock J, Jelaska A, Wang F, Kim G, Broedl U, Woerle H, et al. Empagliflozin as Add-On to Basal Insulin for 78 Weeks Improves Glycemic Control with Weight Loss in Insulin-Treated Type 2 Diabetes (T2DM). <i>American Diabetes Association (ADA) 73rd Scientific Sessions</i> ; 21-25 June 2013; Chicago, IL, 2013
<i>BI GMBH (1245-49) 2013</i>	EMPA-REG MDI; NCT01370005 (clinical trial report 1245.49).

Jardiance® (empagliflozyna) u pacjentów z cukrzycą typu 2 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c ≥7% i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

Nazwa	Referencja
<i>Bolinder 2012</i>	Bolinder J, Ljunggren O, Kullberg J, Johansson L, Wilding J, Langkilde AM, et al. Effects of dapagliflozin on body weight, total fat mass, and regional adipose tissue distribution in patients with type 2 diabetes mellitus with inadequate glycemic control on metformin. <i>The Journal of clinical endocrinology and metabolism</i> . 2012;97(3):1020-31.
<i>Bosi 2011</i>	Bosi E, Ellis GC, Wilson CA, Fleck PR. Alogliptin as a third oral antidiabetic drug in patients with type 2 diabetes and inadequate glycaemic control on metformin and pioglitazone: a 52-week, randomized, double-blind, active-controlled, parallel-group study. <i>Diabetes, obesity &amp; metabolism</i> . 2011;13(12):1088-96. Epub 2011/07/08.
<i>Bosi 2007</i>	Bosi E, Camisasca RP, Collober C, Rochotte E, Garber AJ. Effects of vildagliptin on glucose control over 24 weeks in patients with type 2 diabetes inadequately controlled with metformin. <i>Diabetes care</i> . 2007;30(4):890-5.
<i>Charbonnel 2006</i>	Charbonnel B, Karasik A, Liu J, Wu M, Meininger G, Sitagliptin Study G. Efficacy and safety of the dipeptidyl peptidase-4 inhibitor sitagliptin added to ongoing metformin therapy in patients with type 2 diabetes inadequately controlled with metformin alone. <i>Diabetes care</i> . 2006;29(12):2638-43.
<i>Charpentier 2001</i>	Charpentier G, Fleury F, Kabir M, Vaur L, Halimi S. Improved glycaemic control by addition of glimepiride to metformin monotherapy in type 2 diabetic patients. <i>Diabetic medicine: a journal of the British Diabetic Association</i> . 2001;18(10):828-34.
<i>DeFronzo 2009</i>	DeFronzo RA, Hissa MN, Garber AJ, Luiz Gross J, Yuyan Duan R, Ravichandran S, et al. The efficacy and safety of saxagliptin when added to metformin therapy in patients with inadequately controlled type 2 diabetes with metformin alone. <i>Diabetes care</i> . 2009;32(9):1649-55. Epub 2009/05/30.
<i>Derosa 2010</i>	Derosa G, Maffioli P, Salvadeo SA, Ferrari I, Ragonesi PD, Querci F, et al. Effects of sitagliptin or metformin added to pioglitazone monotherapy in poorly controlled type 2 diabetes mellitus patients. <i>Metabolism: clinical and experimental</i> . 2010;59(6):887-95. Epub 2009/12/18.
<i>Ferrannini 2009</i>	Ferrannini E, Fonseca V, Zinman B, Matthews D, Ahren B, Byiers S, et al. Fifty-two-week efficacy and safety of vildagliptin vs. glimepiride in patients with type 2 diabetes mellitus inadequately controlled on metformin monotherapy. <i>Diabetes, obesity &amp; metabolism</i> . 2009;11(2):157-66.
<i>Filozof 2010</i>	Filozof C, Gautier JF. A comparison of efficacy and safety of vildagliptin and gliclazide in combination with metformin in patients with Type 2 diabetes inadequately controlled with metformin alone: a 52-week, randomized study. <i>Diabetic medicine : a journal of the British Diabetic Association</i> . 2010;27(3):318-26. Epub 2010/06/12.
<i>Fonseca 2007</i>	Fonseca V, Schweizer A, Albrecht D, Baron MA, Chang I, Dejager S. Addition of vildagliptin to insulin improves glycaemic control in type 2 diabetes. <i>Diabetologia</i> . 2007;50(6):1148-55.
<i>Gallwitz 2012</i>	Gallwitz B, Rosenstock J, Rauch T, Bhattacharya S, Patel S, von Eynatten M, et al. 2-year efficacy and safety of linagliptin compared with glimepiride in patients with type 2 diabetes inadequately controlled on metformin: a randomised, double-blind, non-inferiority trial. <i>Lancet</i> . 2012;380(9840):475-83.
<i>Garber 2007</i>	Garber AJ, Schweizer A, Baron MA, Rochotte E, Dejager S. Vildagliptin in combination with pioglitazone improves glycaemic control in patients with type 2 diabetes failing thiazolidinedione monotherapy: a randomized, placebo-controlled study. <i>Diabetes, obesity &amp; metabolism</i> . 2007;9(2):166-74.
<i>Goke 2010</i>	Goke B, Gallwitz B, Eriksson J, Hellqvist A, Gause-Nilsson I, Investigators DC. Saxagliptin is non-inferior to glipizide in patients with type 2 diabetes mellitus inadequately controlled on metformin alone: a 52-week randomised controlled trial. <i>International journal of clinical practice</i> . 2010;64(12):1619-31. Empagliflozin, Boehringer Ingelheim Page 446 of 455.
<i>Goodman 2009</i>	Goodman M, Thurston H, Penman J. Efficacy and tolerability of vildagliptin in patients with type 2 diabetes inadequately controlled with metformin monotherapy. <i>Hormone and metabolic research = Hormon- und Empagliflozin, Boehringer Ingelheim Page 447 of 455 Stoffwechselforschung = Hormones et métabolisme</i> . 2009;41(5):368-73. Epub 2009/02/18.

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq$ 7%  
 i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

Nazwa	Referencja
<i>Haring 2013</i>	Haring HU, Merker L, Seewaldt-Becker E, Weimer M, Meinicke T, Woerle HJ, et al. Empagliflozin as Add-on to Metformin Plus Sulfonylurea in Patients With Type 2 Diabetes: A 24-week, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. <i>Diabetes care</i> . 2013;36(11):3396-404. Epub 2013/08/22.
<i>Henry 2012</i>	Henry RR, Murray AV, Marmolejo MH, Hennicken D, Ptaszynska A, List JF. Dapagliflozin, metformin XR, or both: initial pharmacotherapy for type 2 diabetes, a randomised controlled trial. <i>International journal of clinical practice</i> . 2012;66(5):446-56. Epub 2012/03/15.
<i>Hermansen 2007</i>	Hermansen K, Kipnes M, Luo E, Fanurik D, Khatami H, Stein P, et al. Efficacy and safety of the dipeptidyl peptidase-4 inhibitor, sitagliptin, in patients with type 2 diabetes mellitus inadequately controlled on glimepiride alone or on glimepiride and metformin. <i>Diabetes, obesity &amp; metabolism</i> . 2007;9(5):733-45. Epub 2007/06/27.
<i>Hollander 2009</i>	Hollander P, Li J, Allen E, Chen R. Saxagliptin added to a thiazolidinedione improves glycemic control in patients with type 2 diabetes and inadequate control on thiazolidinedione alone. <i>The Journal of clinical endocrinology and metabolism</i> . 2009;94(12):4810-9. Epub 2009/10/30.
<i>Janssen (DIA3006) 2013</i>	Janssen. Canagliflozin Manufacturer Submission. 2013.
<i>Janssen (DIA3009) 2013</i>	Janssen Research & Development Canagliflozin FDA report. Canagliflozin as an Adjunctive Treatment to Diet and Exercise Alone or Co-administered with Other Antihyperglycemic Agents to Improve Glycemic Control in Adults with Type 2 Diabetes Mellitus. 2012.
<i>Kovacs 2012</i>	Kovacs CS, Seshiah V, Swallow R, Jones R, Rattunde H, Woerle HJ, et al. Empagliflozin improves glycaemic and weight control as add-on therapy to pioglitazone or pioglitazone plus metformin in patients with type 2 diabetes: a 24-week, randomized, placebo-controlled trial. <i>Diabetes Obes Metab</i> . 2013. Epub2013/08/03.
<i>Moses 2013</i>	Moses RG, Kalra S, Brook D, Sockler J, Monyak J, Visvanathan J, et al. A Randomized Controlled Trial of the Efficacy and Safety of Saxagliptin as Add-on Therapy in Patients With Type 2 Diabetes and Inadequate Glycemic Control on Metformin Plus a Sulfonylurea. <i>Diabetes, obesity &amp; metabolism</i> . 2013.
<i>Nauck 2011</i>	Nauck MA, Del Prato S, Meier JJ, Duran-Garcia S, Rohwedder K, Elze M, et al. Dapagliflozin versus glipizide as add-on therapy in patients with type 2 diabetes who have inadequate glycemic control with metformin: a randomized, 52-week, double-blind, active-controlled noninferiority trial. <i>Diabetes care</i> . 2011;34(9):2015-22. Epub 2011/08/06.
<i>Nauck 2007</i>	Nauck MA, Meininger G, Sheng D, Terranella L, Stein PP, Sitagliptin Study G. Efficacy and safety of the dipeptidyl peptidase-4 inhibitor, sitagliptin, compared with the sulfonylurea, glipizide, in patients with type 2 diabetes inadequately controlled on metformin alone: a randomized, double-blind, non-inferiority trial. <i>Diabetes, obesity &amp; metabolism</i> . 2007;9(2):194-205. Epub 2007/02/16.
<i>Owens 2011</i>	Owens DR, Swallow R, Dugi KA, Woerle HJ. Efficacy and safety of linagliptin in persons with type 2 diabetes inadequately controlled by a combination of metformin and sulphonylurea: a 24-week randomized study. <i>Diabetic medicine: a journal of the British Diabetic Association</i> . 2011;28(11):1352-61.
<i>Pan 2012</i>	Pan C, Xing X, Han P, Zheng S, Ma J, Liu J, et al. Efficacy and tolerability of vildagliptin as add-on therapy to metformin in Chinese patients with type 2 diabetes mellitus. <i>Diabetes, obesity &amp; metabolism</i> . 2012;14(8):737-44.
<i>Pratley 2009</i>	Pratley RE, Reusch JE, Fleck PR, Wilson CA, Mekki Q. Efficacy and safety of the dipeptidyl peptidase-4 inhibitor alogliptin added to pioglitazone in patients with type 2 diabetes: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. <i>Current medical research and opinion</i> . 2009;25(10):2361-71. Epub 2009/08/05. Empagliflozin, Boehringer Ingelheim Page 448 of 455
<i>Raz 2008</i>	Raz I, Chen Y, Wu M, Hussain S, Kaufman KD, Amatruda JM, et al. Efficacy and safety of sitagliptin added to ongoing metformin therapy in patients with type 2 diabetes. <i>Current medical research and opinion</i> . 2008;24(2):537-50. Epub 2008/01/16.

**Jardiance® (empagliflozyna)**

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$   
 i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

Nazwa	Referencja
<i>Rosenstock 2009</i>	Rosenstock J, Rendell MS, Gross JL, Fleck PR, Wilson CA, Mekki Q. Alogliptin added to insulin therapy in patients with type 2 diabetes reduces HbA(1C) without causing weight gain or increased hypoglycaemia. <i>Diabetes, obesity &amp; metabolism</i> . 2009;11(12):1145-52.
<i>Rosenstock 2012</i>	Rosenstock J, Vico M, Wei L, Salsali A, List JF. Effects of dapagliflozin, an SGLT2 inhibitor, on HbA(1c), body weight, and hypoglycemia risk in patients with type 2 diabetes inadequately controlled on pioglitazone monotherapy. <i>Diabetes care</i> . 2012;35(7):1473-8.
<i>Scott 2008</i>	Scott R, Loeys T, Davies MJ, Engel SS, Sitagliptin Study G. Efficacy and safety of sitagliptin when added to ongoing metformin therapy in patients with type 2 diabetes. <i>Diabetes, obesity &amp; metabolism</i> . 2008;10(10):959-69. Epub 2008/01/19.
<i>Taskinen 2011</i>	Taskinen MR, Rosenstock J, Tamminen I, Kubiak R, Patel S, Dugi KA, et al. Safety and efficacy of linagliptin as add-on therapy to metformin in patients with type 2 diabetes: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. <i>Diabetes, obesity &amp; metabolism</i> . 2011;13(1):65-74.
<i>Vilsboll 2010</i>	Vilsboll T, Rosenstock J, Yki-Jarvinen H, Cefalu WT, Chen Y, Luo E, et al. Efficacy and safety of sitagliptin when added to insulin therapy in patients with type 2 diabetes. <i>Diabetes, obesity &amp; metabolism</i> . 2010;12(2):167-77.
<i>Wilding 2012</i>	Wilding J, Mathieu, C., Deng, L. et al. Canagliflozin, a sodium glucose cotransporter 2 inhibitor, improves glycaemia in subjects with type 2 diabetes inadequately controlled with metformin plus sulphonylurea. Poster presented at the 2012 EASD conference (presentation number 766). 2012.
<i>Yang 2011</i>	Yang W, Pan CY, Tou C, Zhao J, Gause-Nilsson I. Efficacy and safety of saxagliptin added to metformin in Asian people with type 2 diabetes mellitus: a randomized controlled trial. <i>Diabetes research and clinical practice</i> . 2011;94(2):217-24.
<i>Yang 2012</i>	Yang W, Guan Y, Shentu Y, Li Z, Johnson-Levonas AO, Engel SS, et al. The addition of sitagliptin to ongoing metformin therapy significantly improves glycemic control in Chinese patients with type 2 diabetes. <i>Journal of diabetes</i> . 2012;4(3):227-37.
<b>Badania trwające co najmniej 52 (+/- 4) tygodnie</b>	
<i>Barnett 2012</i>	Barnett AH, Charbonnel B, Donovan M, Fleming D, Chen R. Effect of saxagliptin as add-on therapy in patients with poorly controlled type 2 diabetes on insulin alone or insulin combined with metformin. <i>Current medical research and opinion</i> . 2012;28(4):513-23.
<i>BI GMBH (1245-28) 2013</i>	Ridderstrale M, Svaerd R, Zeller C, Kim G, Woerle H, Broedl U, et al. Rationale, design and baseline characteristics of a 4-year (208-week) phase III trial of empagliflozin, an SGLT2 inhibitor, versus glimepiride as add-on to metformin in patients with type 2 diabetes mellitus with insufficient glycemic control. <i>Cardiovascular diabetology</i> . 2013;12(1):129
<i>BI GMBH (1245-33) 2013</i>	Rosenstock J, Jelaska A, Wang F, Kim G, Broedl U, Woerle H, et al. Empagliflozin as Add-On to Basal Insulin for 78 Weeks Improves Glycemic Control with Weight Loss in Insulin-Treated Type 2 Diabetes (T2DM). <i>American Diabetes Association (ADA) 73rd Scientific Sessions</i> ; 21-25 June 2013; Chicago, IL, 2013.
<i>BI GMBH (1245-49) 2013</i>	EMPA-REG MDI; NCT01370005 (clinical trial report 1245.49).
<i>Bosi 2011</i>	Bosi E, Ellis GC, Wilson CA, Fleck PR. Alogliptin as a third oral antidiabetic drug in patients with type 2 diabetes and inadequate glycaemic control on metformin and pioglitazone: a 52-week, randomized, double-blind, active-controlled, parallel-group study. <i>Diabetes, obesity &amp; metabolism</i> . 2011;13(12):1088-96. Epub 2011/07/08.
<i>Derosa 2010</i>	Derosa G, Maffioli P, Salvadeo SA, Ferrari I, Ragonesi PD, Querci F, et al. Effects of sitagliptin or metformin added to pioglitazone monotherapy in poorly controlled type 2 diabetes mellitus patients. <i>Metabolism: clinical and experimental</i> . 2010;59(6):887-95. Epub 2009/12/18.

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq$ 7%  
 i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

Nazwa	Referencja
<i>Ferrannini 2009</i>	Ferrannini E, Fonseca V, Zinman B, Matthews D, Ahren B, Byiers S, et al. Fifty-two-week efficacy and safety of vildagliptin vs. glimepiride in patients with type 2 diabetes mellitus inadequately controlled on metformin monotherapy. <i>Diabetes, obesity &amp; metabolism</i> . 2009;11(2):157-66.
<i>Filozof 2010</i>	Filozof C, Gautier JF. A comparison of efficacy and safety of vildagliptin and gliclazide in combination with metformin in patients with Type 2 diabetes inadequately controlled with metformin alone: a 52-week, randomized study. <i>Diabetic medicine : a journal of the British Diabetic Association</i> . 2010;27(3):318-26. Epub 2010/06/12.
<i>Fonseca 2007</i>	Fonseca V, Schweizer A, Albrecht D, Baron MA, Chang I, Dejager S. Addition of vildagliptin to insulin improves glycaemic control in type 2 diabetes. <i>Diabetologia</i> . 2007;50(6):1148-55.
<i>Gallwitz 2012</i>	Gallwitz B, Rosenstock J, Rauch T, Bhattacharya S, Patel S, von Eynatten M, et al. 2-year efficacy and safety of linagliptin compared with glimepiride in patients with type 2 diabetes inadequately controlled on metformin: a randomised, double-blind, non-inferiority trial. <i>Lancet</i> . 2012;380(9840):475-83.
<i>Garber 2007</i>	Garber AJ, Schweizer A, Baron MA, Rochotte E, Dejager S. Vildagliptin in combination with pioglitazone improves glycaemic control in patients with type 2 diabetes failing thiazolidinedione monotherapy: a randomized, placebo-controlled study. <i>Diabetes, obesity &amp; metabolism</i> . 2007;9(2):166-74.
<i>Goke 2010</i>	Goke B, Gallwitz B, Eriksson J, Hellqvist A, Gause-Nilsson I, Investigators DC. Saxagliptin is non-inferior to glipizide in patients with type 2 diabetes mellitus inadequately controlled on metformin alone: a 52-week randomised controlled trial. <i>International journal of clinical practice</i> . 2010;64(12):1619-31.
<i>Hollander 2009</i>	Hollander P, Li J, Allen E, Chen R. Saxagliptin added to a thiazolidinedione improves glycemic control in patients with type 2 diabetes and inadequate control on thiazolidinedione alone. <i>The Journal of clinical endocrinology and metabolism</i> . 2009;94(12):4810-9. Epub 2009/10/30.
<i>Janssen (DIA3006) 2013</i>	Lavalle-Gonzalez FJ, Januszewicz A, Davidson J, Tong C, Qiu R, Canovatchel W, et al. Efficacy and safety of canagliflozin compared with placebo and sitagliptin in patients with type 2 diabetes on background metformin monotherapy: a randomised trial. <i>Diabetologia</i> . 2013;56(12):2582-92. Epub 2013/09/13.
<i>Janssen (DIA3009) 2013</i>	Janssen Research & Development Canagliflozin FDA report. Canagliflozin as an Adjunctive Treatment to Diet and Exercise Alone or Co-administered with Other Antihyperglycemic Agents to Improve Glycemic Control in Adults with Type 2 Diabetes Mellitus. 2012.
<i>Janssen (DIA3015) 2013</i>	Janssen. Canagliflozin Manufacturer Submission. 2013.
<i>Kovacs 2012</i>	Kovacs CS, Seshiah V, Swallow R, Jones R, Rattunde H, Woerle HJ, et al. Empagliflozin improves glycaemic and weight control as add-on therapy to pioglitazone or pioglitazone plus metformin in patients with type 2 diabetes: a 24-week, randomized, placebo-controlled trial. <i>Diabetes Obes Metab</i> . 2013. Epub 2013/08/03.
<i>Nauck 2011</i>	Nauck MA, Del Prato S, Meier JJ, Duran-Garcia S, Rohwedder K, Elze M, et al. Dapagliflozin versus glipizide as add-on therapy in patients with type 2 diabetes who have inadequate glycemic control with metformin: a randomized, 52-week, double-blind, active-controlled noninferiority trial. <i>Diabetes care</i> . 2011;34(9):2015-22. Epub 2011/08/06.
<i>Nauck 2007</i>	Nauck MA, Meininger G, Sheng D, Terranella L, Stein PP, Sitagliptin Study G. Efficacy and safety of the dipeptidyl peptidase-4 inhibitor, sitagliptin, compared with the sulfonylurea, glipizide, in patients with type 2 diabetes inadequately controlled on metformin alone: a randomized, double-blind, non-inferiority trial. <i>Diabetes, obesity &amp; metabolism</i> . 2007;9(2):194-205. Epub 2007/02/16.
<i>Pratley 2009</i>	Pratley RE, Reusch JE, Fleck PR, Wilson CA, Mekki Q. Efficacy and safety of the dipeptidyl peptidase-4 inhibitor alogliptin added to pioglitazone in patients with type 2 diabetes: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. <i>Current medical research and opinion</i> . 2009;25(10):2361-71. Epub 2009/08/05.
<i>Rosenstock 2009</i>	Rosenstock J, Rendell MS, Gross JL, Fleck PR, Wilson CA, Mekki Q. Alogliptin added to insulin therapy in patients with type 2 diabetes reduces HbA(1C) without causing weight gain or increased hypoglycaemia. <i>Diabetes, obesity &amp; metabolism</i> . 2009;11(12):1145-52.

**Jardiance® (empagliflozyna)**

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$   
 i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym



Nazwa	Referencja
Rosenstock 2012	Rosenstock J, Vico M, Wei L, Salsali A, List JF. Effects of dapagliflozin, an SGLT2 inhibitor, on HbA(1c), body weight, and hypoglycemia risk in patients with type 2 diabetes inadequately controlled on pioglitazone monotherapy. <i>Diabetes care</i> . 2012;35(7):1473-8
Vilsboll 2010	Vilsboll T, Rosenstock J, Yki-Jarvinen H, Cefalu WT, Chen Y, Luo E, et al. Efficacy and safety of sitagliptin when added to insulin therapy in patients with type 2 diabetes. <i>Diabetes, obesity &amp; metabolism</i> . 2010;12(2):167-77.
Wilding 2012	Wilding JP, Woo V, Soler NG, Pahor A, Sugg J, Rohwedder K, et al. Longterm efficacy of dapagliflozin in patients with type 2 diabetes mellitus receiving high doses of insulin: a randomized trial. <i>Annals of internal medicine</i> . 2012;156(6):405-15.

## 18.4.2 Źródła danych klinicznych, przedstawione w raporcie HTA PBAC 2014

Tabela 61. Publikacje wykorzystane do CMA, przedstawionej w raporcie HTA PBAC 2014.

Nazwa	Źródła
1245.10	A Phase II, Randomised, Parallel Group Safety, Efficacy, and Pharmacokinetics Study of BI 10773 (1 mg, 5 mg, 10 mg, 25 mg, and 50 mg) Administered Orally Once Daily Over 12 Weeks Compared DoubleBlind to Placebo With an Additional Open-label Sitagliptin Arm in Type 2 Diabetic Patients With Insufficient Glycaemic Control Despite Metformin Therapy. NCT00749190. Internal study report, September 2010
	Rosenstock et al. Efficacy and safety of empagliflozin, a sodium glucose cotransporter 2 (SGLT2) inhibitor, as add-on to metformin in type 2 diabetes with mild hyperglycaemia. <i>Diabetes Obes Metab</i> 2013; 15(12):1154-60
1245.23	Trial 1245.23. A Phase III randomised, double-blind, placebo-controlled, parallel group, efficacy and safety study of BI 10773 (10 mg, 25 mg) administered orally once daily over 24 weeks in patients with type 2 diabetes mellitus with insufficient glycaemic control despite treatment with metformin alone or metformin in combination with a sulphonylurea. Internal study report, September 2012
1245.31	Trial 1245.31. A Phase III double-blind, extension, placebo-controlled parallel group safety and efficacy trial of BI 10773 (10 and 25 mg once daily) and sitagliptin (100 mg once daily) given for minimum 76 weeks (including 24 weeks of preceding trial) as monotherapy or with different background therapies in patients with type 2 diabetes mellitus previously completing trial 1245.19, 1245.20 or 1245.23. Internal study report, December 2012
Bergenstal 2012	Bergenstal et al. Efficacy and Safety of Taspoglutide Versus Sitagliptin for Type 2 Diabetes Mellitus (T-Emerge 4 Trial). <i>Diabetes Ther</i> 2012; 3:13 Bergenstal et al. Once weekly taspoglutide, a human GLP-1 analog, is superior to sitagliptin in improving glycaemic control and weight loss in patients with type 2 diabetes (T2D): results from the T-emerge 4 trial. <i>Diabetes</i> 2010b; 59(Suppl 1):A16
Charbonnel 2016	Charbonnel et al. Efficacy and safety of the dipeptidyl peptidase-4 inhibitor sitagliptin added to ongoing metformin therapy in patients with type 2 diabetes inadequately controlled with metformin alone. <i>Diabetes care</i> 2006; 29:2638-2643
Nucci 2011	Nucci et al. The sodium glucose co-transporter-2 (SGLT2) inhibitor, PF04971729, provides multi-faceted improvements in diabetic patients inadequately controlled on metformin [Abstract]. <i>Diabetologia</i> . 2011; 54(Suppl 1):S347.
Raz 2008	Raz et al. Efficacy and safety of sitagliptin added to ongoing metformin therapy in patients with type 2 diabetes. <i>Current Medical Research and Opinion</i> 2008; 24:537-550
Scott 2008	Scott et al. Efficacy and safety of sitagliptin when added to ongoing metformin therapy in patients with type 2 diabetes. <i>Diabetes Obes Met</i> 2008; 10(10):959-969

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$   
i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym



Nazwa	Źródła
Yang 2012	Yang et al. The addition of sitagliptin to ongoing metformin therapy significantly improves glycemc control in Chinese patients with type 2 diabetes. <i>Journal of Diabetes</i> 2012; 4(3):227-237
CANTATA-D	<p>A randomised, double-blind, placebo and active-controlled, 4-arm, paralel group, multicentre study to evaluate the efficacy, safety and tolerability of canagliflozin in the treatment of subjects with type 2 diabetes mellitus with inadequate glycemc control on metformin monotherapy. NCT01106677 ClinicalTrials.gov</p> <p>Lavalle-Gonzalez et al. Efficacy and safety of canagliflozin compared with placebo and sitagliptin in patients with type 2 diabetes on background metformin monotherapy: a randomised trial. <i>Diabetologia</i> 2013; 56:2582–2592.</p> <p>Nicolle, L. E., Capuano, G., Ways, K., &amp; Usiskin, K. Effect of canagliflozin, a sodium glucose co-transporter 2 (SGLT2) inhibitor, on bacteriuria and urinary tract infection in subjects with type 2 diabetes enrolled in a 12-week, phase 2 study. <i>Current Medical Research and Opinion</i> 2012; 28(7):1167-1171.</p> <p>Nyirjesy et al. Evaluation of vulvovaginal symptoms and Candida colonization in women with type 2 diabetes mellitus treated with canagliflozin, a sodium glucose co-transporter 2 inhibitor. <i>Current Medical Research and Opinion</i> 2012; 28(7): 1173-1178</p>
Rosenstock 2012	Rosenstock et al. Dose-ranging effects of canagliflozin, a sodium-glucose cotransporter 2 inhibitor, as add-on to metformin in subjects with type 2 diabetes. <i>Diabetes Care</i> 2012; 35:1232–1238.
Study CT-003	A 16-week, multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled phase III study to evaluate the safety and efficacy of dapagliflozin 2.5 mg BID, 5 mg BI and 10 mg QD versus placebo in patients with type 2 diabetes who are inadequately controlled on metformin-IR monotherapy (NCT01217892) ClinicalTrials.gov
Study CT-012	<p>A 24-week, Multicentre, Int., Double blind, Rand., Parallel group, Plac.-Controlled, Phase III Study With a 78-week Ext.Per. to Evaluate the Effect of Dapagliflozin in Combination With Metformin on Body Weight in Subjects With Type2 Diabetes Mellitus Who Have Inadequate Glycemc Control on Metformin Alone. NCT00855166. ClinicalTrials.gov</p> <p>Bolinder et al. Effects of dapagliflozin on body weight, total fat mass, and regional adipose tissue distribution in patients with type 2 diabetes mellitus with inadequate glycemc control on metformin. <i>J Clin Endocrinol Metab.</i> 2012; 97:1020-31</p> <p>Ljunggren et al. Dapagliflozin has no effect on markers of bone formation and resorption or bone mineral density in patients with inadequately controlled type 2 diabetes mellitus on metformin. <i>Diabetes Obes Metab</i> 2012;14:990-9</p> <p>Bolinder et al. Dapagliflozin maintains glycaemic control while reducing weight and body fat mass over 2 years in patients with type 2 diabetes mellitus inadequately controlled on metformin. <i>Diabetes Obes Metab</i> 2014; 16:159–169.</p>
Study CT-014	<p>A Phase III Study of BMS-512148 (Dapagliflozin) in Patients With Type 2 Diabetes Who Are Not Well Controlled on Metformin Alone. NCT00528879 ClinicalTrials.gov</p> <p>Bailey et al. Effect of dapagliflozin in patients with type 2 diabetes who have inadequate glycaemic control with metformin: a randomised, doubleblind, placebo-controlled trial. <i>Lancet</i> 2010; 375: 2223-2233</p> <p>Bailey et al. Dapagliflozin add-on to metformin in type 2 diabetes inadequately controlled with metformin: a randomised, double-blind, placebo-controlled 102-week trial. <i>BMC Med.</i> 2013; 11:43</p>
1245.28	<p>A Phase III randomised, double-blind, active-controlled parallel group efficacy and safety study of BI 10773 compared to glimepiride administered orally during 104 weeks with a 104-week extension period in patients with type 2 diabetes mellitus and insufficient glycaemic control despite metformin treatment. Internal study report January 2013</p> <p>Ridderstrale et al. Rationale, design and baseline characteristics of a 4-year (208-week) Phase III trial of empagliflozin, an SGLT2 inhibitor, versus glimepiride as add-on to metformin in patients with type 2 diabetes mellitus with insufficient glycemc control. <i>Cardiovascular Diabetology</i> 2013, 12(1): 129-139</p>
Koren 2012	Koren et al 2012. The effect of sitagliptin versus glibenclamide on arterial stiffness, blood pressure, lipids, and inflammation in type 2 diabetes mellitus patients. <i>Diabetes Technology and Therapeutics.</i> 2012; 14(7): 561-567

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq$ 7%  
 i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

Nazwa	Źródła
Nauck 2007	Nauck MA et al. Efficacy and safety of the dipeptidyl peptidase-4 inhibitor, sitagliptin, compared with the sulfonylurea, glipizide, in patients with type 2 diabetes inadequately controlled on metformin alone: A randomized, double-blind, non-inferiority trial. <i>Diabetes Obes Met</i> 2007; 9(2):194-205
Seck 2010b	Arechavaleta R et al 2011. Efficacy and safety of treatment with sitagliptin or glimepiride in patients with type 2 diabetes inadequately controlled on metformin monotherapy: A randomized, double-blind, non-inferiority trial. <i>Diabetes Obes Met</i> 2011; 13(2):160-168
Srivastava 2012	Srivastava et al 2012. Comparing the efficacy and safety profile of sitagliptin versus glimepiride in patients of type 2 diabetes mellitus inadequately controlled with metformin alone. <i>Journal of Association of Physicians of India</i> 2012; 60(3):27-30.
Trial CT-004	52-Week International, Multicentre, Randomised, Parallel group, Doubleblind, Active-controlled, Phase III Study With a 156-Week Extension Period to Evaluate the Efficacy and Safety of Dapagliflozin in Combination With Metformin Compared With Sulphonylurea in Combination With Metformin in Adult Patients With Type 2 Diabetes Who Have Inadequate Glycaemic Control on Metformin Therapy Alone. NCT00660907. <a href="http://ClinicalTrials.gov">ClinicalTrials.gov</a> Nauck et al. Dapagliflozin versus glipizide as add-on therapy in patients with type 2 diabetes who have inadequate glycemic control with metformin: a randomised, 52-week, double-blind, active-controlled non-inferiority trial. <i>Diabetes Care</i> 2011; 34:2015-22
CANTATA-SU	A Randomised, Double-Blind, 3-Arm Parallel Group, 2-Year (104-Week), Multicenter Study to Evaluate the Efficacy, Safety, and Tolerability of JNJ-28431754 Compared With Glimepiride in the Treatment of Subjects With Type 2 Diabetes Mellitus Not Optimally Controlled on Metformin Monotherapy. NCT00968812. <a href="http://ClinicalTrials.gov">ClinicalTrials.gov</a> Cefalu et al. Efficacy and safety of canagliflozin versus glimepiride in patients with type 2 diabetes inadequately controlled with metformin (CANTATA-SU): 52 week results from a randomised, double-blind, phase 3 non-inferiority trial. <i>Lancet</i> . 2013, 382(9896): 941-950.

### 18.4.3 Źródła danych klinicznych, przedstawione w raporcie HTA PBAC 2015

Tabela 62. Publikacje wykorzystane do CMA, przedstawionej w raporcie HTA PBAC 2014.

Nazwa	Źródła
1245.33	A phase IIb, randomised, double-blind, placebo-controlled, parallel group, safety and efficacy study of BI 10773 (10 mg and 25 mg) administered orally, once daily over 78 weeks in type 2 diabetic patients receiving treatment with basal insulin (glargine, detemir, or NPH insulin only) with or without concomitant metformin and/or sulfonylurea therapy and insufficient glycaemic control (NCT01011868). 11 January 2013 Rosenstock J, Jelaska A, Kim G, Broedl UC, Woerle HJ. Empagliflozin as add-on to basal insulin for 78 weeks improves glycaemic control with weight loss in patients with Type 2 diabetes: A phase III, randomised, double-blind trial. <i>Diabetic Medicine</i> 2014; 31(Suppl. 1):64 Rosenstock J, Jelaska A, Wang F, Kim G, Broedl UC, Woerle HJ. Empagliflozin as add-on to basal insulin for 78 weeks improves glycaemic control with weight loss in insulin-treated type 2 diabetes. <i>Diabetes</i> 2013; 62 (Suppl.1):A285 Rosenstock J, Jelaska A, Wang F, Kim G, Broedl UC, Woerle HJ. Empagliflozin as add-on to basal insulin for 78 weeks improves glycaemic control with weight loss in insulin-treated type 2 diabetes mellitus. <i>Diabetologia</i> 2013; 56 (Suppl. 1):S372

Jardiance® (empagliflozyna) u pacjentów z cukrzycą typu 2 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$  i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

Nazwa	Źródła
1245.49	<p>A phase III, randomized, double-blind, placebo-controlled, paralel group safety and efficacy study of BI 10773 (10 mg and 25 mg administered orally once daily) during 52 weeks in patients with type 2 diabetes mellitus and insufficient glycaemic control on MDI insulin regimen alone or with metformin (NCT01306214). 20 September 2013</p> <p>Rosenstock J, Jelaska A, Frappin G, Salsali A, Kim G, Woerle HJ, Broedl UC; EMPA-REG MDI Trial Investigators. Improved glucose control with weight loss, lower insulin doses, and no increased hypoglycaemia with empagliflozin added to titrated multiple daily injections of insulin in obese inadequately controlled type 2 diabetes. <i>Diabetes Care</i> 2014; 37 (7):1815-23</p>
1245.36	<p>A phase III, randomised, double-blind, placebo-controlled, paralel group, efficacy and safety study of BI 10773 (10 mg and 25 mg administered once daily) as add on to pre-existing antidiabetic therapy over 52 weeks in patients with type 2 diabetes mellitus and renal impairment and insufficient glycaemic control (NCT01164501). 07 January 2013</p> <p>Barnett AH, Mithal A, Manassie J, Jones R, Rattunde H, Woerle HJ, Broedl UC; EMPA-REG RENAL trial investigators. Efficacy and safety of empagliflozin added to existing antidiabetes treatment in patients with type 2 diabetes and chronic kidney disease: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. <i>Lancet Diabetes Endocrinology</i> 2014; 2 (5):369-84</p>
CT-006	<p>A 24-week international, randomized, parallel-group, double-blind, placebo-controlled Phase III study with a 80-week extension period to evaluate the efficacy and safety of dapagliflozin therapy when added to the therapy of patients with type 2 diabetes with inadequate glycaemic control on insulin. Report for the 24-week short-term treatment period plus 24-week long-term extension period I and 56-week long-term extension period II. (NCT00673231). August 2011</p> <p>Wilding JP, Woo V, Rohwedder K, Sugg J, Parikh S; Dapagliflozin 006 Study Group. Dapagliflozin in patients with type 2 diabetes receiving high doses of insulin: efficacy and safety over 2 years. <i>Diabetes, Obesity and Metabolism</i> 2014; 16 (2):124-36</p> <p>Wilding JP, Woo V, Soler NG, Pahor A, Sugg J, Rohwedder K, Parikh S; Dapagliflozin 006 Study Group. Long-term efficacy of dapagliflozin in patients with type 2 diabetes mellitus receiving high doses of insulin: a randomized trial. <i>Annals of Internal Medicine</i> 2012; 156 (6):405-415</p> <p>Wilding JPH, Woo V, Pahor A, Sugg J, Langkilde A, Parikh S (2010) Effect of dapagliflozin, a novel insulin-independent treatment, over 48 weeks in patients with type 2 diabetes poorly controlled with insulin. <i>Diabetologia</i> 2010; 53 (Suppl. 1): S348</p>

Nazwa	Źródła
GWCO	A randomized trial comparing exenatide with placebo in subjects with type 2 diabetes on insulin glargine with or without oral antihyperglycemic medications (NCT00765817). June 2010
	Rosenstock J, Shenouda SK, Bergenstal RM, Buse JB, Glass LC, Heilmann CR, Kwan AYM, MacConell LA, Hoogwerf BJ. Baseline factors associated with glycemic control and weight loss when exenatide twice daily is added to optimised insulin glargine in patients with type 2 diabetes. <i>Diabetes Care</i> 2012; 35 (5):955-958
	Buse JB, Bergenstal RM, Glass LC, Heilmann CR, Lewis MS, Kwan AYM, Hoogwerf BJ, Rosenstock J. Use of twice-daily exenatide in basal insulin-treated patients with type 2 diabetes. <i>Annals of Internal Medicine</i> 2011; 154 (2): 103-112
	Wintle M, Pencek R, Han J, Miller S, Buse J. Addition of fixed-dose exenatide to insulin glargine therapy improved glycaemic control without increasing hypoglycaemia or weight gain across a range of insulin titration. <i>Diabetologia</i> 2012; 55 (Suppl. 1):S331
	Buse J, Glass L, Heilmann C, Shenouda S, Kwan AYM, Macconell L, Hoogwerf B. Weight change in placebo and exenatide (BID)-treated subjects with type 2 diabetes on insulin glargine: Effects of sex, diabetes duration, baseline A1C, and insulin dose. <i>Diabetes</i> 2011; 60 (Suppl.1):A266-A267
	Bergenstal RM, Buse JB, Glass LC, Heilmann CR, Lewis MS, Kwan AYM, Hoogwerf BJ, Rosenstock J. Exenatide added to insulin glarginetreated patients with type 2 diabetes provided excellent fasting and postprandial control with weight loss and no increased risk of hypoglycaemia. <i>Diabetologia</i> 2010; 53: S37
	Buse JB, Han J, Miller S, Macconell L, Pencek R, Wintle M. Addition of exenatide BID to insulin glargine: A post-hoc analysis of the effect on glycemia and weight across a range of insulin titration. <i>Current Medical Research and Opinion</i> 2014; 30 (7):1209-1218
	A randomized trial comparing two therapies: Basal insulin glargine, exenatide and metformin therapy (BET) or basal insulin glargine, bolus insulin lispro and metformin therapy (BBT) in subjects with type 2 diabetes who were previously treated by basal insulin glargine with either metformin or metformin and sulfonylurea (4b: basal insulin glargine, exenatide BD, and metformin therapy or basal insulin glargine, bolus insulin lispro and metformin therapy (NCT00960661). August 2013
	Diamant M, Nauck MA, Shaginian R, Malone JK, Cleall S, Reaney M, de Vries D, Hoogwerf BJ, MacConell L, Wolffenbittel BH; 4B Study Group. Glucagon-like peptide 1 receptor agonist or bolus insulin with optimised basal insulin in type 2 diabetes. <i>Diabetes Care</i> . 2014 Oct; 37(10):2763-73. <i>Diabetes Care</i> 2014; 37 (10):2763-2773

## 18.5 Analiza statystyczna czasu do wystąpienia zdarzeń klinicznych

W przypadku niemal wszystkich zdarzeń klinicznych, dobrą jakość dopasowania do danych empirycznych z badania *EMPA-REG OUTCOME* uzyskano dla kilku, lub nawet wszystkich testowanych modeli parametrycznych, co znalazło odzwierciedlenie w niewielkich różnicach wartości kryteriów informacyjnych – Akaike i bayesowskiego (zob. Tabela 63). Z tego powodu, wyboru podstawowych modeli czasu do wystąpienia poszczególnych zdarzeń dokonano nie tylko w oparciu o jakość dopasowania do danych, lecz także zasadność biologiczną i kliniczną długookresowych projekcji krzywych oraz prostotę rozkładu (przy zbliżonej jakości dopasowania, preferowane są modele o mniejszej liczbie parametrów).

Zestawienie wartości AIC i BIC dla poszczególnych punktów końcowych oraz typów modeli zamieszczono w poniższej tabeli. Szersze uzasadnienie wyboru podstawowych modeli dla każdego z uwzględnionych zdarzeń klinicznych znajduje się w kolejnych podrozdziałach.

Tabela 63. Jakość dopasowania (AIC i BIC) testowanych modeli parametrycznych czasu do wystąpienia zdarzeń klinicznych w *EMPA-REG OUTCOME*.

Rozkład czasu do wystąpienia zdarzenia klinicznego	MI niezakończony zgonem Wykładniczy		Udar niezakończony zgonem Weibull		UA Wykładniczy		HF Weibull		TIA Wykładniczy		Rev Wykładniczy		Zgon CV Weibull		Malbum Gompertz		RI Wykładniczy		RF Wykładniczy	
	AIC	BIC	AIC	BIC	AIC	BIC	AIC	BIC	AIC	BIC	AIC	BIC	AIC	BIC	AIC	BIC	AIC	BIC	AIC	BIC
Weibull	3304	3325	2308	2329	2235	2256	2350	2371	842	862	4664	4684	2986	3006	5965	5985	1419	1440	397	418
Log-normalny	3303	3324	2302	2323	2235	2255	2360	2380	840	861	4659	4680	2995	3016	6011	6031	1425	1445	397	418
Log-logi-styczny	3304	3325	2308	2329	2235	2256	2351	2371	842	862	4662	4683	2986	3007	5969	5989	1419	1440	397	418
Wykładniczy	3303	3317	2307	2320	2235	2248	2350	2363	840	854	4662	4675	2998	3012	5980	5994	1436	1450	396	410
Uogólniony gamma	3305	3332	2303	2330	2237	2265	2352	2379	841	868	4660	4688	2988	3015	5963	5990	1421	1448	399	427
Gompertz	3305	3325	2305	2326	2235	2256	2347	2368	841	862	4663	4684	2986	3006	5946	5967	1422	1442	398	418

AIC – kryterium informacyjne Akaike;

BIC – bayesowskie kryterium informacyjne;

MI – Zawał serca;

UA – Niestabilna dławica piersiowa;

HF – Niewydolność serca;

TIA – Przemijający napad niedokrwienny;

Rev – Rewaskularyzacja mięśnia sercowego;

CV – Zdarzenia sercowo-naczyniowe;

Malbum – Makroalbuminuria;

RI – Uszkodzenie nerek;

RF – Niewydolność nerek.

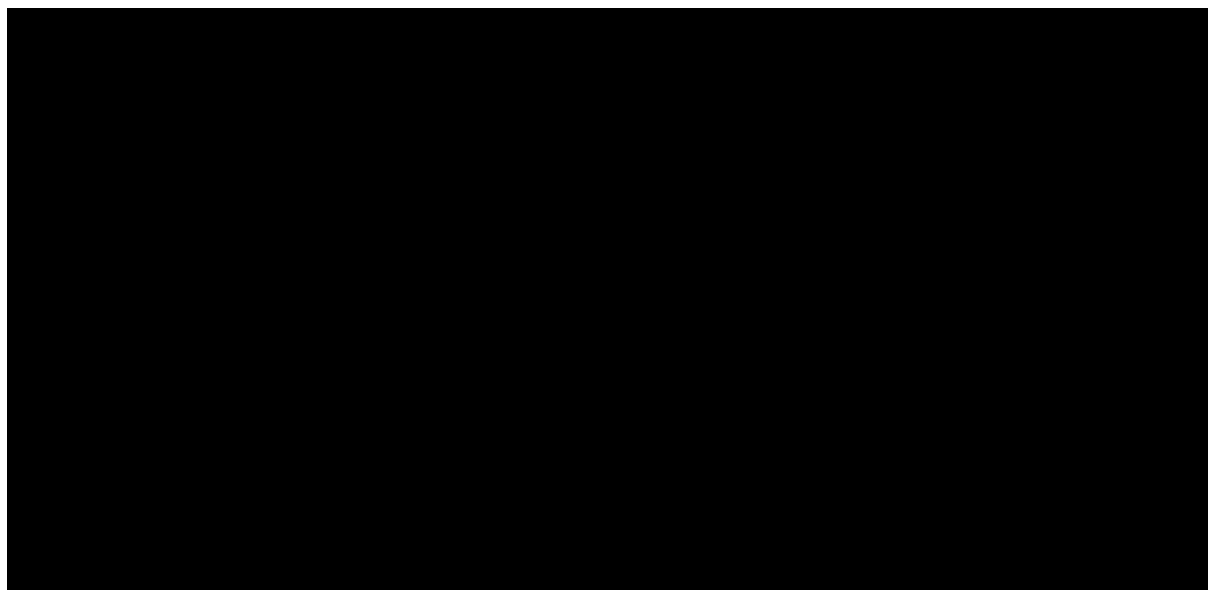
Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$   
i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

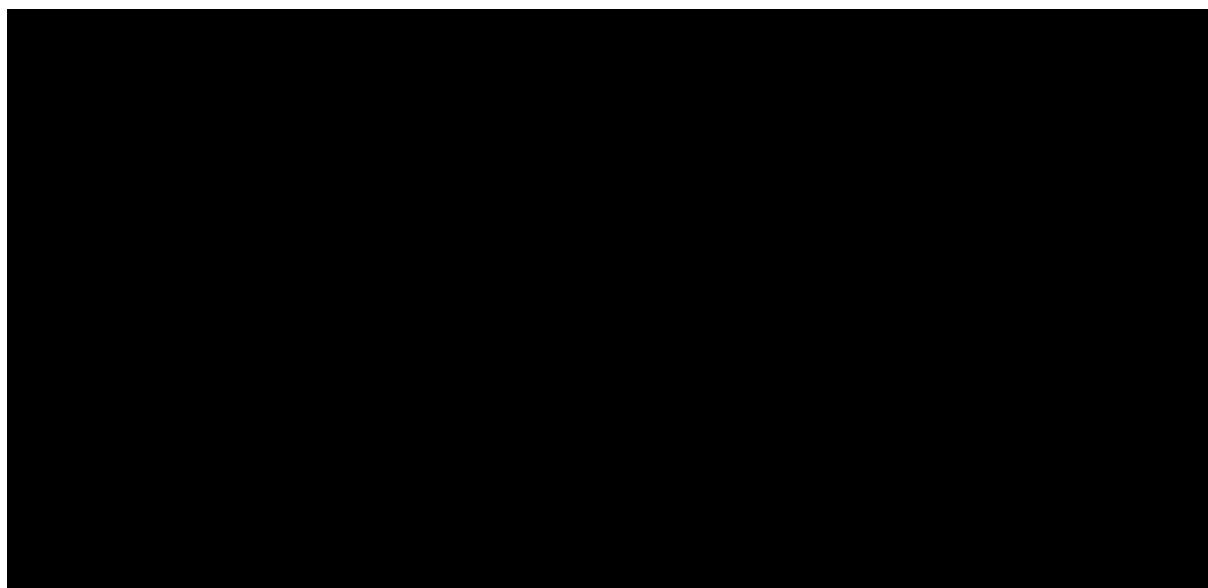
### 18.5.1 Zgon z przyczyn sercowo-naczyniowych

W horyzoncie badania klinicznego, wszystkie testowane krzywe zapewniały dobre dopasowanie do danych obserwacyjnych, a najniższe wartości AIC i BIC uzyskano dla modeli: Weibulla, Gompertza i log-logistycznego.

Wykres 24. Dopasowanie modeli parametrycznych do danych empirycznych z badania EMPA-REG OUT-COME: zgon z przyczyn sercowo-naczyniowych.



Wykres 25. Długookresowy przebieg krzywych parametrycznych czasu do wystąpienia zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych.



Jardiance® (empagliflozyna)

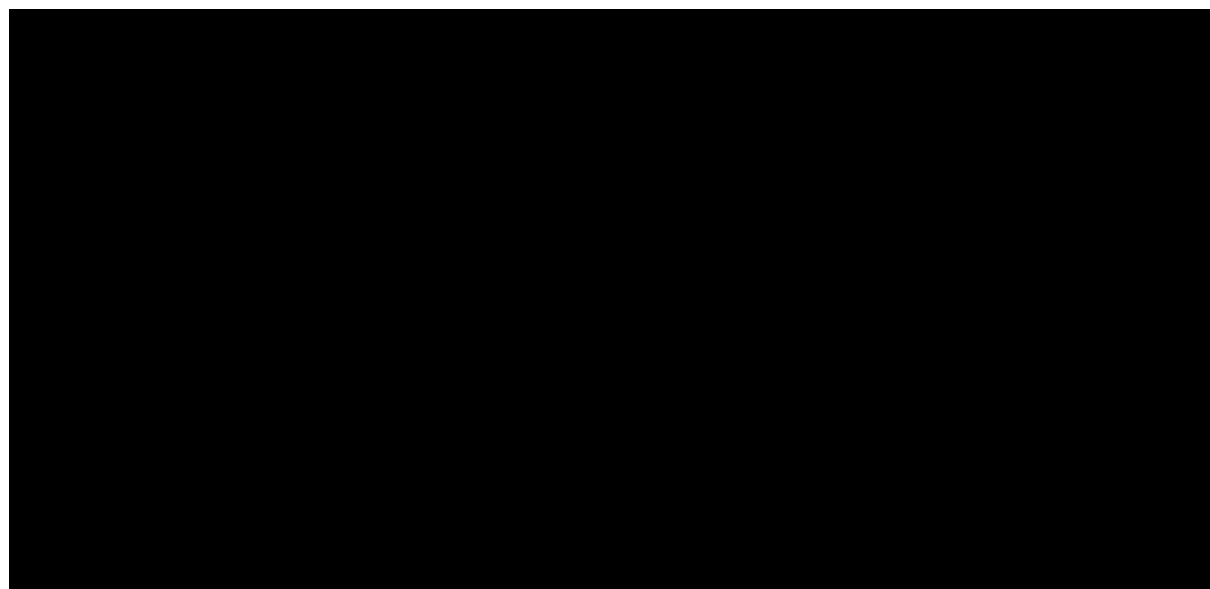
u pacjentów z cukrzycą typu 2  
leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$   
i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

W horyzoncie długookresowym różnice w projekcjach modelu zaznaczają się wyraźniej: funkcje Gomperta i gamma przewidują niemal 100% prawdopodobieństwo zgonu sercowo-naczyniowego po 40 latach, z kolei skumulowane prawdopodobieństwo zgonu CV dla modelu wykładniczego wynosi niespełna 40%. W analizie podstawowej wybrano model Weibulla, jako model o akceptowalnej projekcji długookresowych (zawierającej się pomiędzy skrajnymi modelami) oraz o najniższej wartości kryterium AIC i BIC.

### 18.5.2 Zawał serca niezakończony zgonem

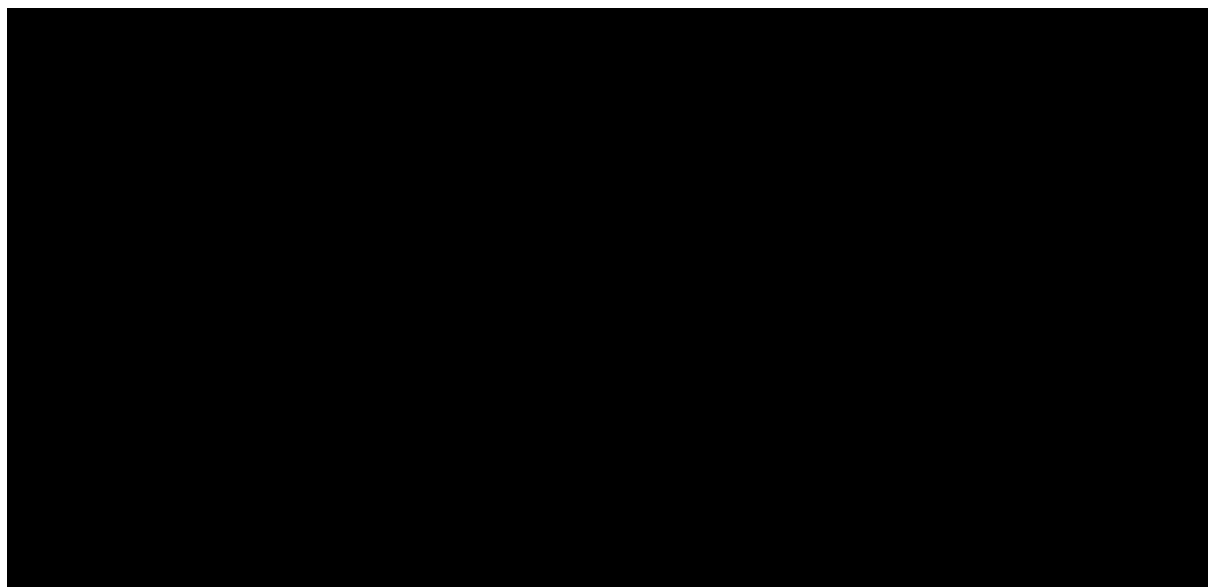
W horyzoncie badania *EMPA-REG OUTCOME*, wszystkie krzywe parametryczne zapewniały dobre dopasowanie do danych obserwacyjnych, a wartości kryterium informacyjnego AIC różniły się minimalnie między testowanymi alternatywami.

Wykres 26. Dopasowanie modeli parametrycznych do danych empirycznych z badania *EMPA-REG OUTCOME*: zawał serca niezakończony zgonem (MI).





Wykres 27. Długookresowy przebieg krzywych parametrycznych czasu do wystąpienia zawału serca niezakończonego zgonem (MI).

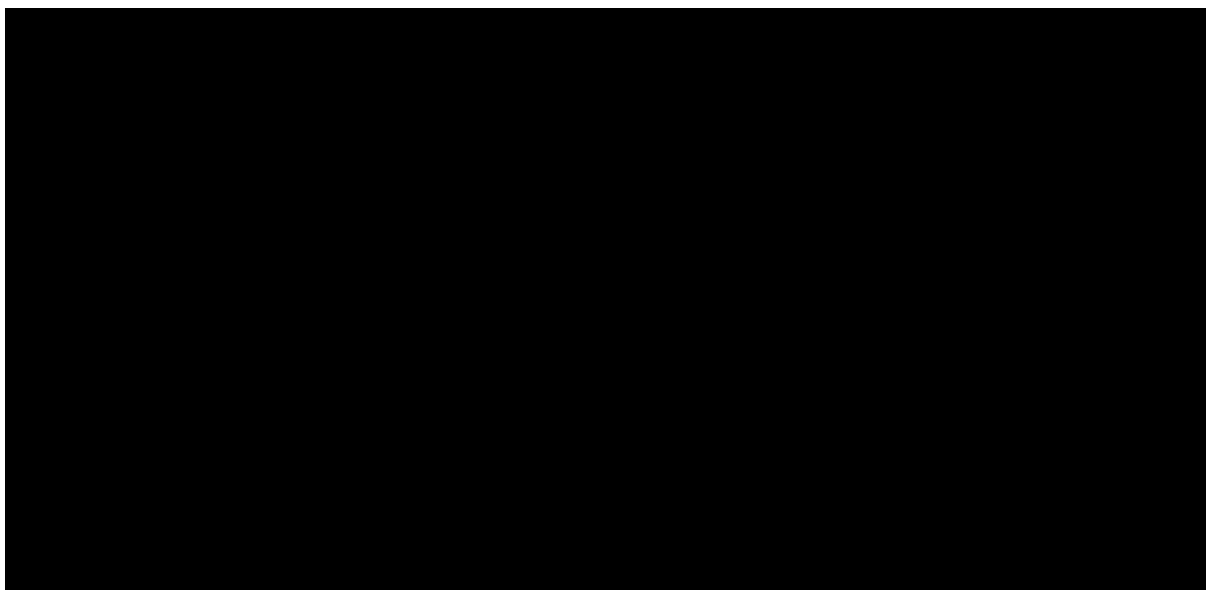


Do analizy wybrano funkcję wykładniczą jako model o najniższych wartościach AIC i BIC spośród testowanych alternatyw parametrycznych. Funkcje: log-normalna i Gomperta miały podobną wartość AIC lecz wyższą BIC niż model wykładniczy, ponadto dostarczały skrajnie maksymalnych projekcji skumulowanego prawdopodobieństwa przeżycia bez zdarzenia, wynoszącego ok. 80% po 40 latach. Mniejsza złożoność rozkładu wykładniczego (tylko 1 parametr, przy 2-3 parametrach dla pozostałych rozkładów) przy nie gorszej jakości dopasowania do danych stanowiła dodatkowy argument za wyborem modelu wykładniczego do analizy podstawowej.

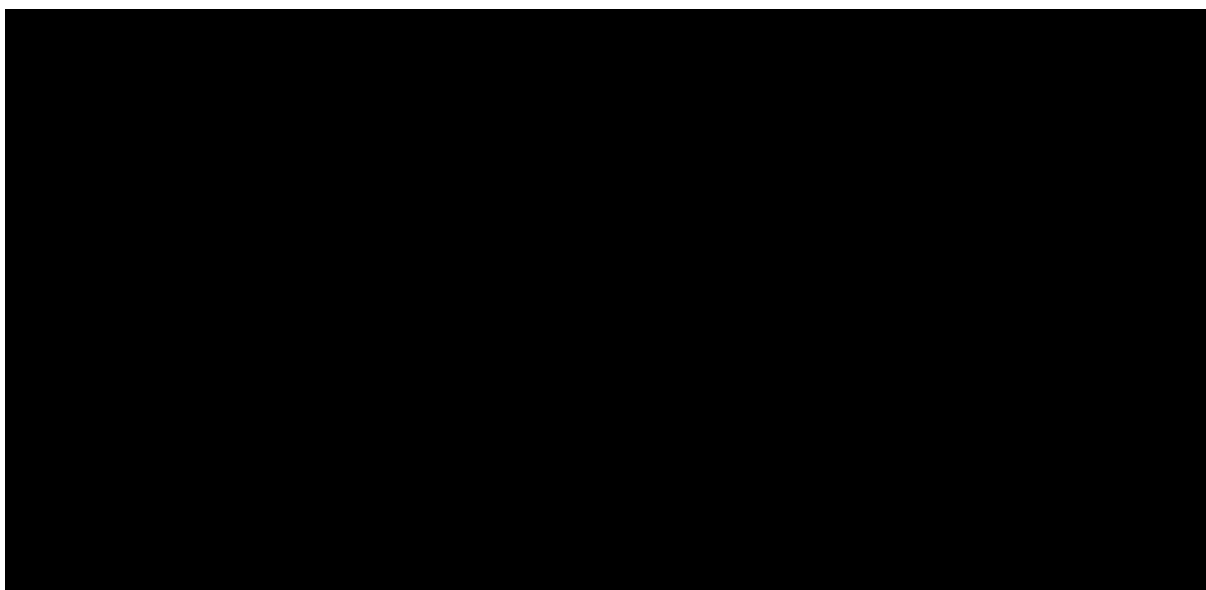
### 18.5.3 Udar mózgu niezakończony zgonem

Wszystkie testowane krzywe oprócz funkcji gamma, w przypadku której nie osiągnięto zbieżności w procedurze dopasowania krzywych, zapewniały dobrą jakość dopasowania do danych obserwacyjnych, a różnice między modelami – zarówno w formalnej ocenie kryteriów informacyjnych, jak i ocenie wizualnej, były niewielkie.

Wykres 28. Dopasowanie modeli parametrycznych do danych empirycznych z badania EMPA-REG OUT-COME: udar mózgu niezakończony zgonem.



Wykres 29. Długookresowy przebieg krzywych parametrycznych czasu do wystąpienia udaru mózgu niezakończonego zgonem.



W długim horyzoncie czasowym dopasowane krzywe rozchodzą się umiarkowanie, przy czym długookresowe projekcje modeli Gompertza i log-normalnego (>80% chorych bez zdarzenia po 40 latach) uznano za mało realistyczne. Pozostałe krzywe (Weibulla, wykładnicza i log-logistyczna) nie różniły się znacząco zarówno w ocenie statystycznej (AIC / BIC) jak i wizualnej, a jako podstawowy wybrano model pośredni spośród nich, tj. Weibulla.

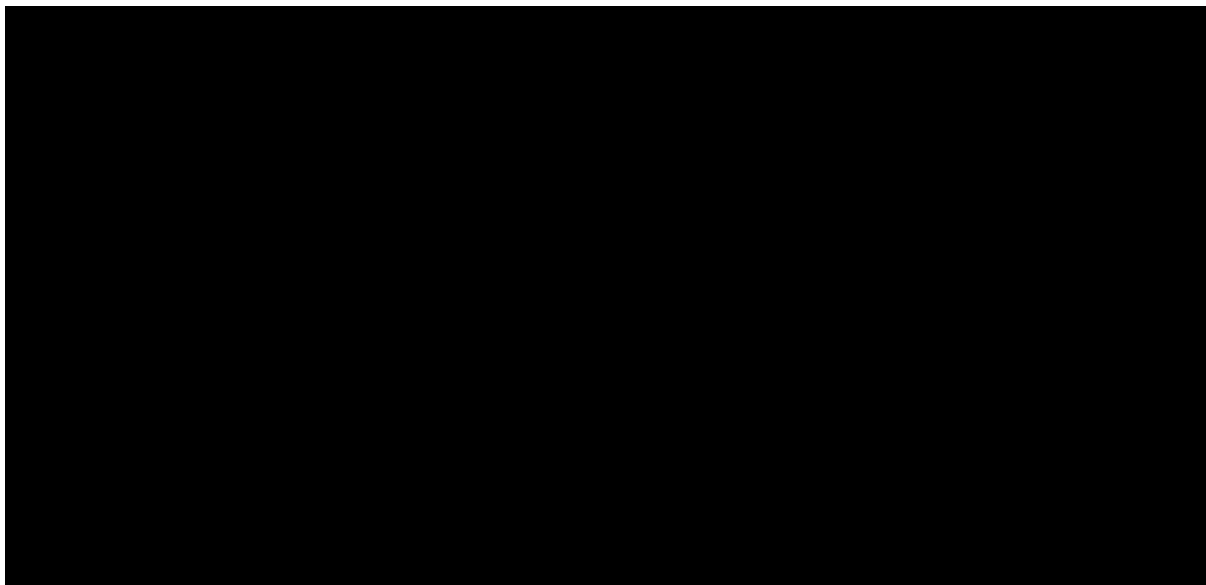
Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$   
i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

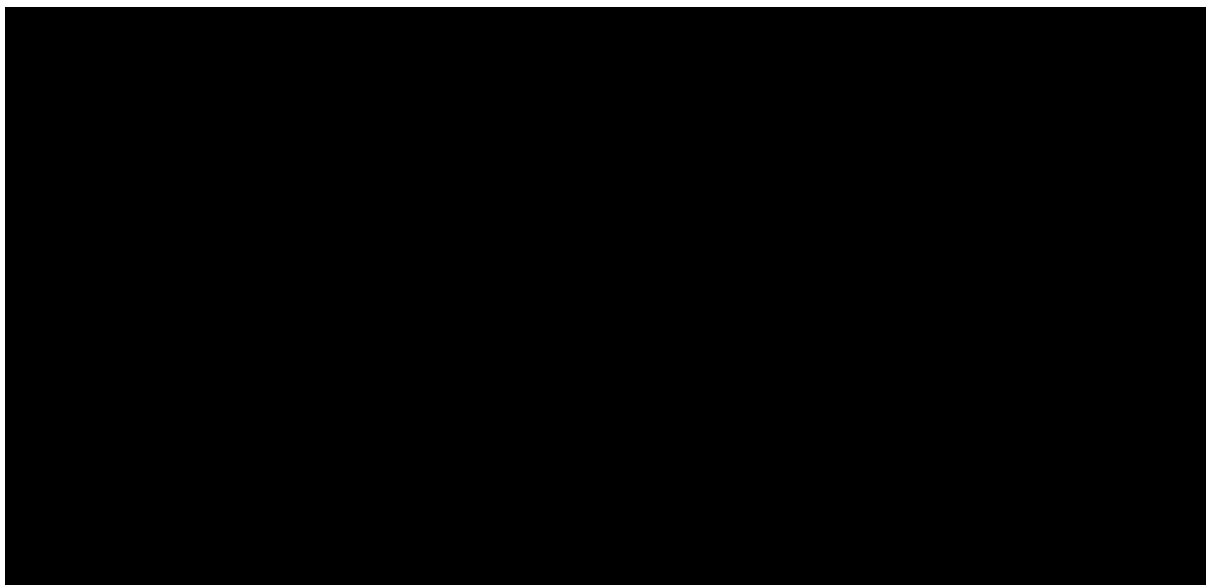
### 18.5.4 Hospitalizacja z powodu niewydolności serca

W horyzoncie badania klinicznego, wszystkie testowane krzywe charakteryzowały się dobrym dopasowaniem do danych empirycznych z *EMPA-REG OUTCOME*, choć żaden z modeli nie uchwycił dość gwałtownego spadku krzywej Kaplana-Meiera w końcowym okresie obserwacji.

Wykres 30. Dopasowanie modeli parametrycznych do danych empirycznych z badania *EMPA-REG OUTCOME*: hospitalizacja z powodu niewydolności serca (HF).



Wykres 31. Długookresowy przebieg krzywych parametrycznych czasu do wystąpienia hospitalizacji z powodu niewydolności serca (HF).

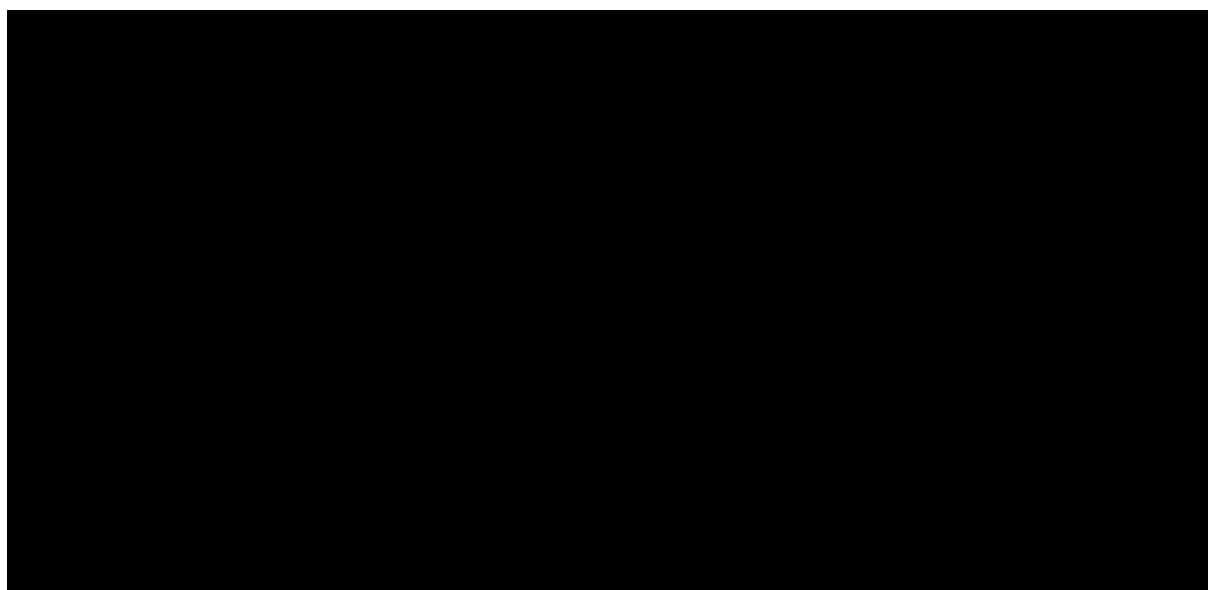


Rozrzut długookresowych projekcji przeżycia bez zdarzenia dla poszczególnych krzywych był znaczący – model Gompertza przewiduje prawie 90% ryzyko niewydolności serca po 40 latach, podczas gdy model log-normalny – zaledwie ok. 20%. Projekcje modeli: Weibulla, wykładniczego, gamma i log-logistycznego były względnie zbliżone, a najlepszą jakością dopasowania uzyskano dla modelu wykładniczego, a w dalszej kolejności: Weibulla i log-logistycznego. Do analizy podstawowej wybrano model Weibulla jako bardziej konserwatywny z punktu widzenia skuteczności empagliflozyny (dodanie EMPA do standardowego leczenia przeciwcukrzycowego zmniejszyło ryzyko wystąpienia niewydolności serca, w związku z czym modelem bardziej konserwatywnym jest ten o niższej projektowanej częstości zdarzeń).

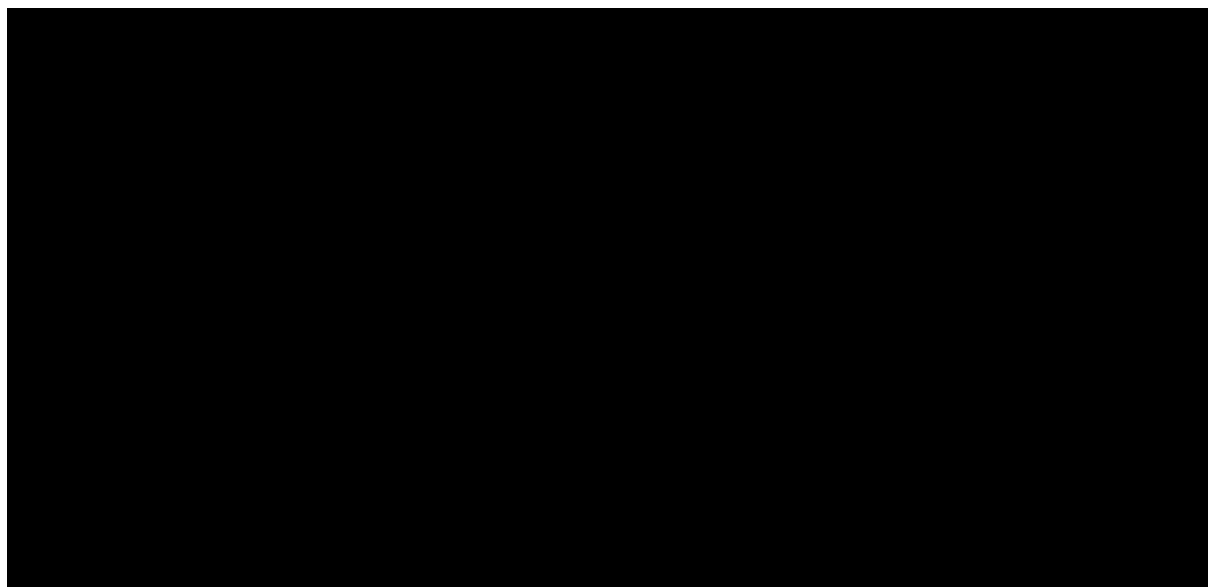
### 18.5.5 Hospitalizacja z powodu niestabilnej dławicy piersiowej

W horyzoncie badania klinicznego, testowane krzywe zapewniały porównywalne dopasowanie do danych obserwacyjnych, a wartości kryterium AIC były niemal identyczne dla wszystkich modeli.

Wykres 32. Dopasowanie modeli parametrycznych do danych empirycznych z badania EMPA-REG OUT-COME: hospitalizacja z powodu niestabilnej dławicy piersiowej (UA).



Wykres 33. Długookresowy przebieg krzywych parametrycznych czasu do wystąpienia hospitalizacji z powodu niestabilnej dławicy piersiowej (UA).

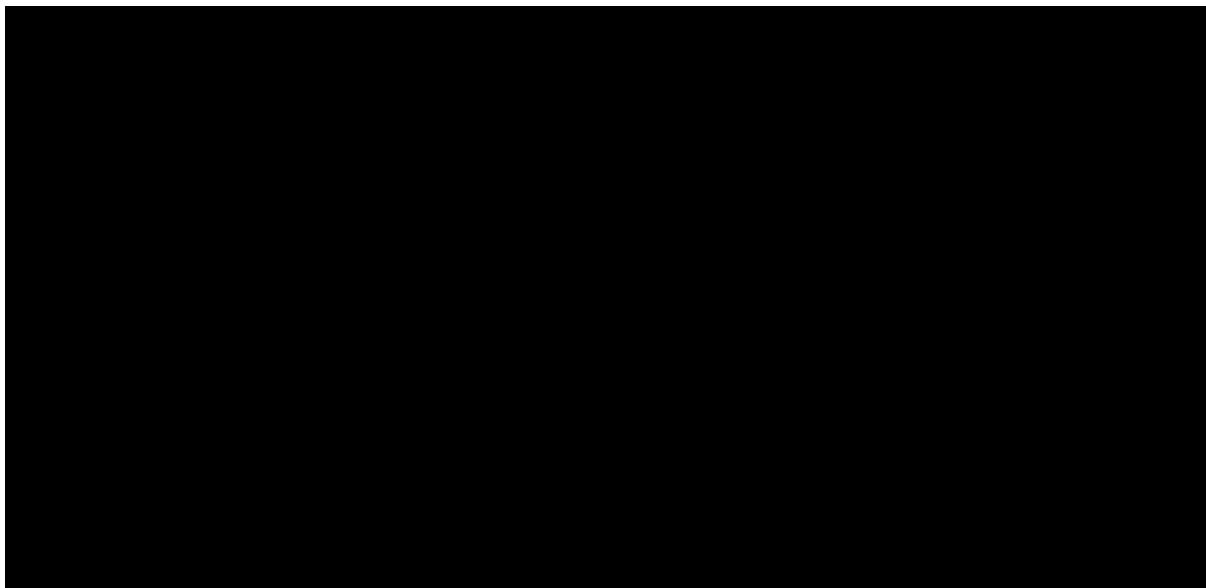


Niska częstość występowania zdarzenia (ok. 1%/rok) skutkowała stosunkowo niewielkim rozrzutem długookresowych projekcji poszczególnych krzywych. Do analizy podstawowej wybrano model o najmniejszej złożoności, preferowany na podstawie kryterium informacyjnego BIC, tj. wykładniczy.

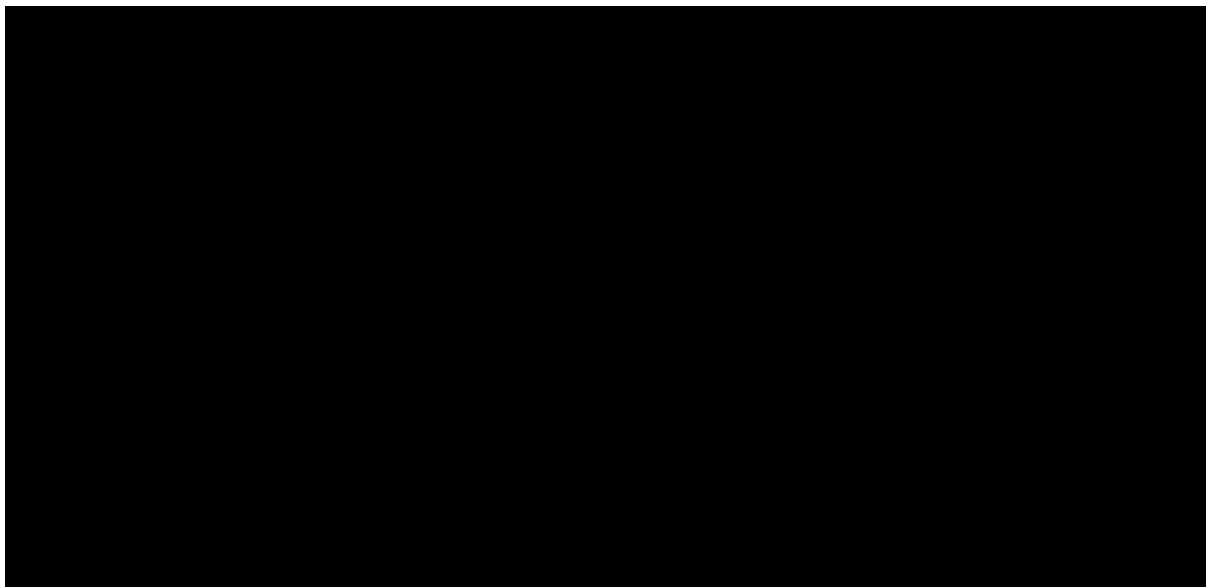
### 18.5.6 Rewaskularyzacja mięśnia sercowego

W horyzoncie badania klinicznego, wszystkie testowane krzywe zapewniały akceptowalne dopasowanie do danych obserwacyjnych, a najniższe wartości BIC uzyskano dla modeli: Weibulla, Gompertza i log-logistycznego.

Wykres 34. Dopasowanie modeli parametrycznych do danych empirycznych z badania EMPA-REG OUT-COME: rewaskularyzacja.



Wykres 35. Długookresowy przebieg krzywych parametrycznych czasu do wystąpienia rewaskularyzacji.



Rozrzut długookresowych projekcji przeżycia bez zdarzenia dla poszczególnych krzywych był bardzo duży – przewidywane skumulowane częstości rewaskularyzacji w horyzoncie 40-letnim wynosiły od niespełna 20% (model gamma) do >80% (model Gompertza). Model wykładniczy wybrano do analizy podstawowej w oparciu o kryterium BIC oraz małą złożoność modelu.

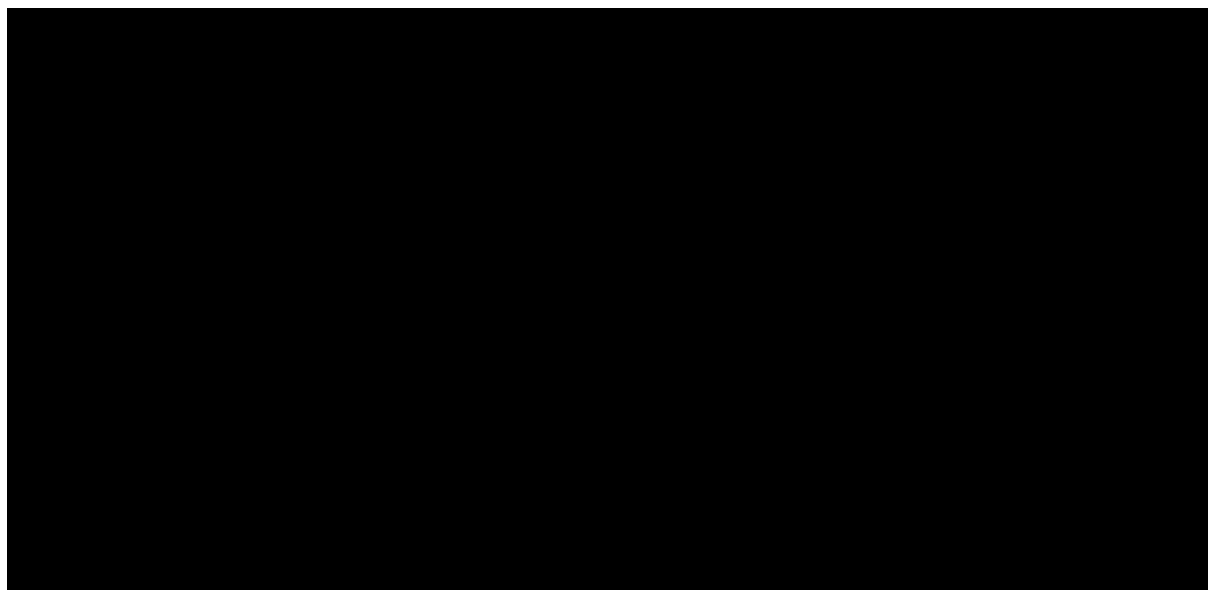
Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$   
i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

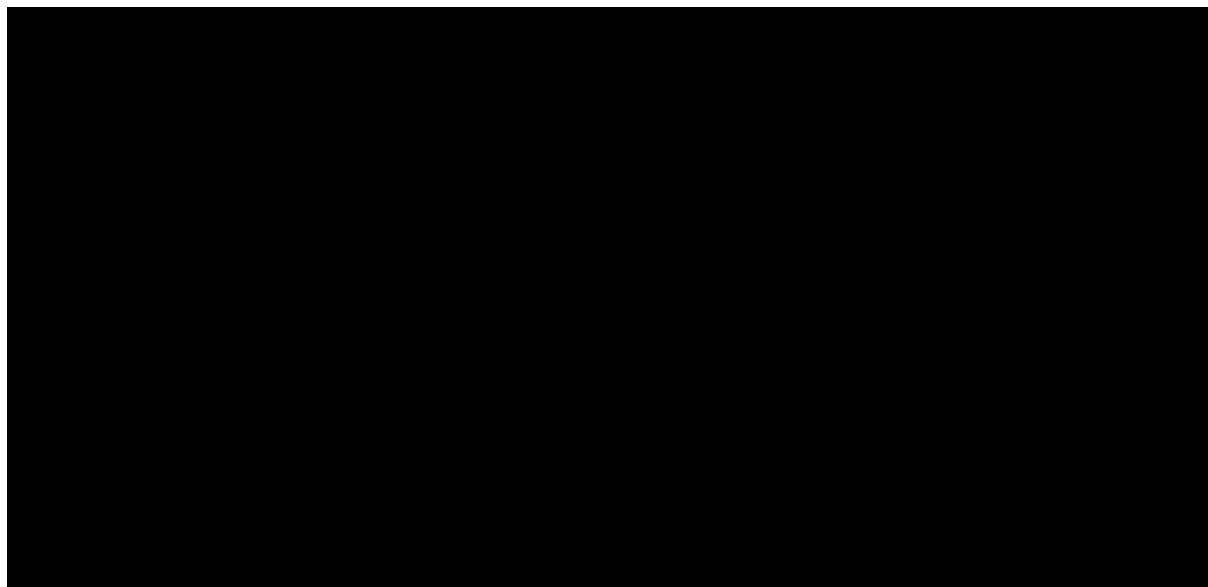
### 18.5.7 Przemijający napad niedokrwienny mózgu (TIA)

W horyzoncie badania klinicznego, wszystkie testowane krzywe zapewniały dobre dopasowanie do danych empirycznych z badania klinicznego, przy czym obserwowana liczba zdarzeń była bardzo niska.

Wykres 36. Dopasowanie modeli parametrycznych do danych empirycznych z badania EMPA-REG OUT-COME: przemijający napad niedokrwienny (TIA).



Wykres 37. Długookresowy przebieg krzywych parametrycznych czasu do wystąpienia przemijającego napadu niedokrwiennego (TIA).



W konsekwencji niskiej częstości TIA, również bezwzględne różnice w projektowanej częstości długookresowej zdarzenia nie są znaczące. W analizie uwzględniono model wykładniczy, gdyż – oprócz

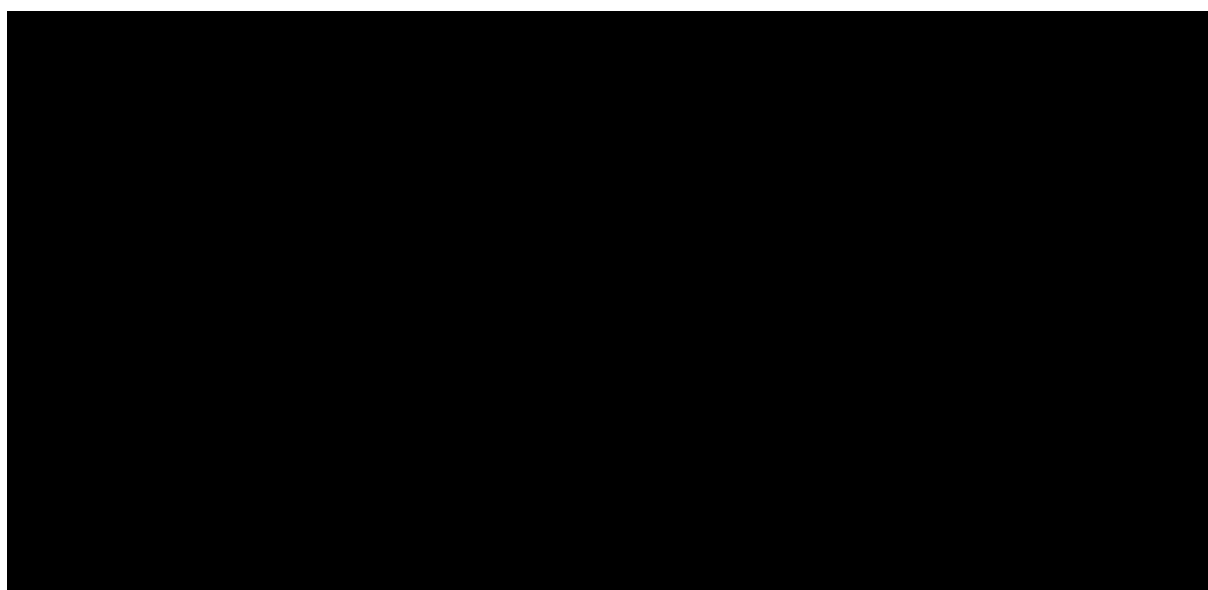
Jardiance® (empagliflozyna) u pacjentów z cukrzycą typu 2 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$  i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

najmniejszej złożoności (liczby parametrów) – charakteryzował się najniższymi wartościami AIC i BIC (tj. najlepszym dopasowaniem do danych) spośród testowanych alternatyw.

### 18.5.8 Uszkodzenie nerek

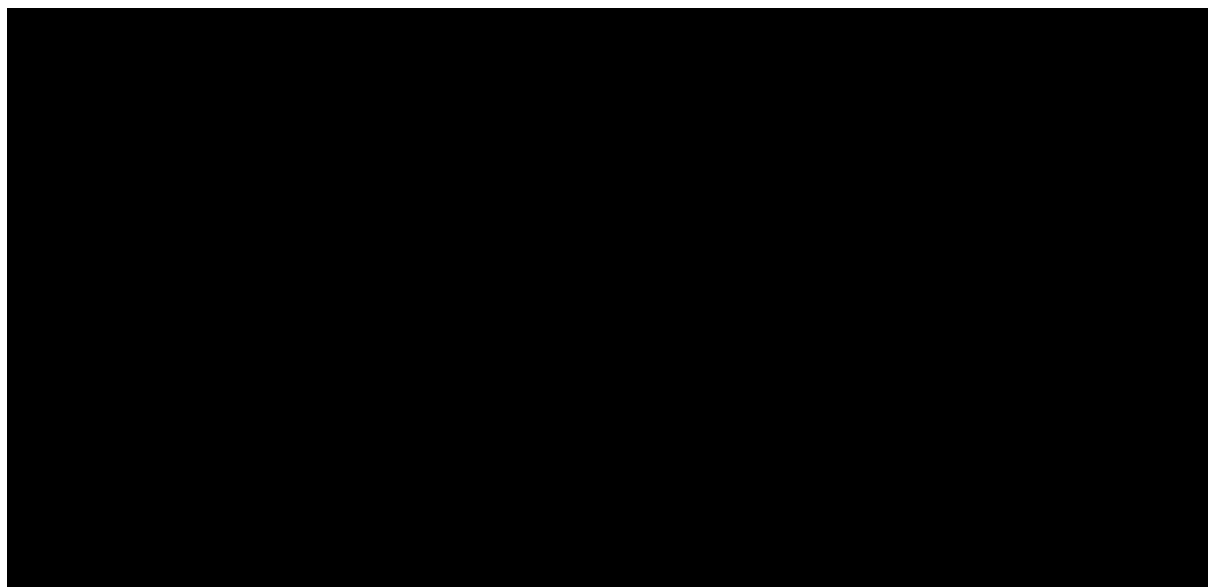
W horyzoncie badania klinicznego, wszystkie testowane krzywe zapewniały dobre dopasowanie do danych obserwacyjnych. Funkcja Gompertza charakteryzowała się szybszym spadkiem niż pozostałe krzywe.

Wykres 38. Dopasowanie modeli parametrycznych do danych empirycznych z badania EMPA-REG OUTCOME: uszkodzenie nerek.





Wykres 39. Długookresowy przebieg krzywych parametrycznych czasu do wystąpienia uszkodzenia nerek.



Spadek obserwowany w końcowej części krzywej Kaplana-Meiera odzwierciedlił się w kształcie krzywych z rosnącym w czasie hazardem (Gompertza, gamma i Weibulla). Długookresowe projekcje wskazujące na >50% ryzyko uszkodzenia nerek uznano za mało realistyczne z klinicznego punktu widzenia. Pozostałe modele (wykładniczy i log-normalny) były bardzo zbliżone, a w analizie podstawowej uwzględniono – pomimo wyższych wartości AIC i BIC – mniej złożony model wykładniczy. Należy podkreślić, że dodanie EMPA do standardowego leczenia przeciw cukrzycowego zmniejszało ryzyko wystąpienia uszkodzenia nerek, w związku z czym wykorzystanie krzywej o powolnym spadku (tj. niskiej projektowanej częstości zdarzeń) jest konserwatywne z punktu widzenia skuteczności empagliflozyny.

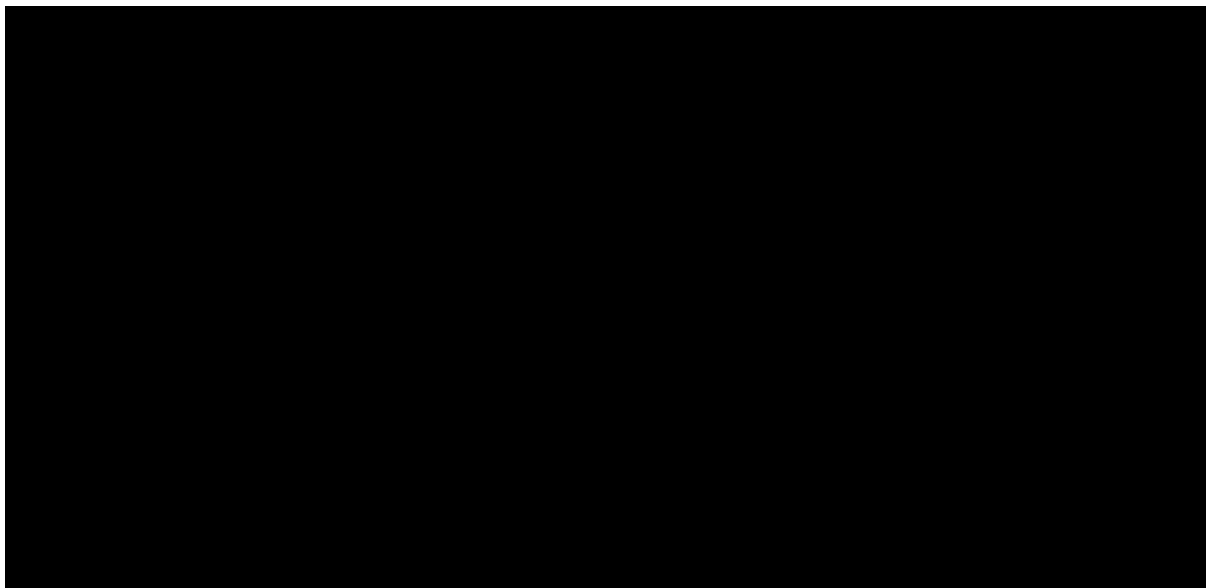
### 18.5.9 Rozwinięcie makroalbuminurii

Wszystkie testowane krzywe zapewniały dobre dopasowanie do danych obserwacyjnych, jedynie w przypadku modelu log-normalnego obserwuje się lekkie niedoszacowanie ryzyka wystąpienia zdarzenia pod koniec obserwacji.

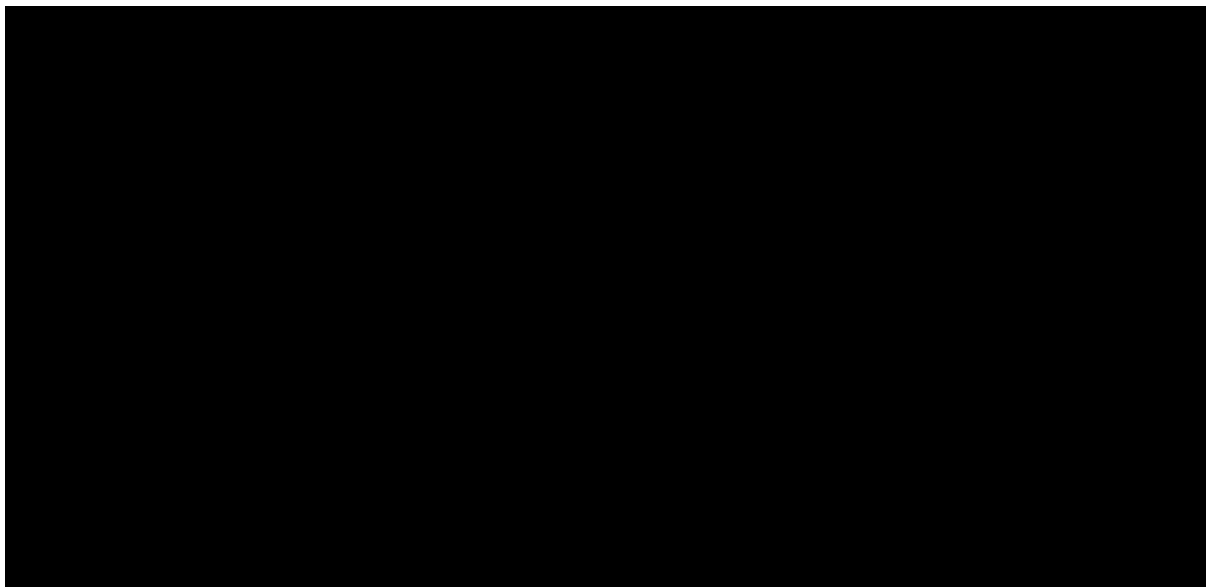
Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$   
i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

Wykres 40. Dopasowanie modeli parametrycznych do danych empirycznych z badania EMPA-REG OUT-COME: rozwinięcie makroalbuminurii.



Wykres 41. Długookresowy przebieg krzywych parametrycznych czasu do wystąpienia makroalbuminurii.



W analizie uwzględniono krzywą Gompertza, co jest uzasadnione zarówno najlepszym dopasowaniem do danych obserwacyjnych (wartości AIC i BIC znacząco niższe w porównaniu z innymi modelami) jak i faktem, że projekcje częstości makroalbuminurii dla modelu Gompertza zawierały się pomiędzy skrajnymi oszacowaniami innych modeli.

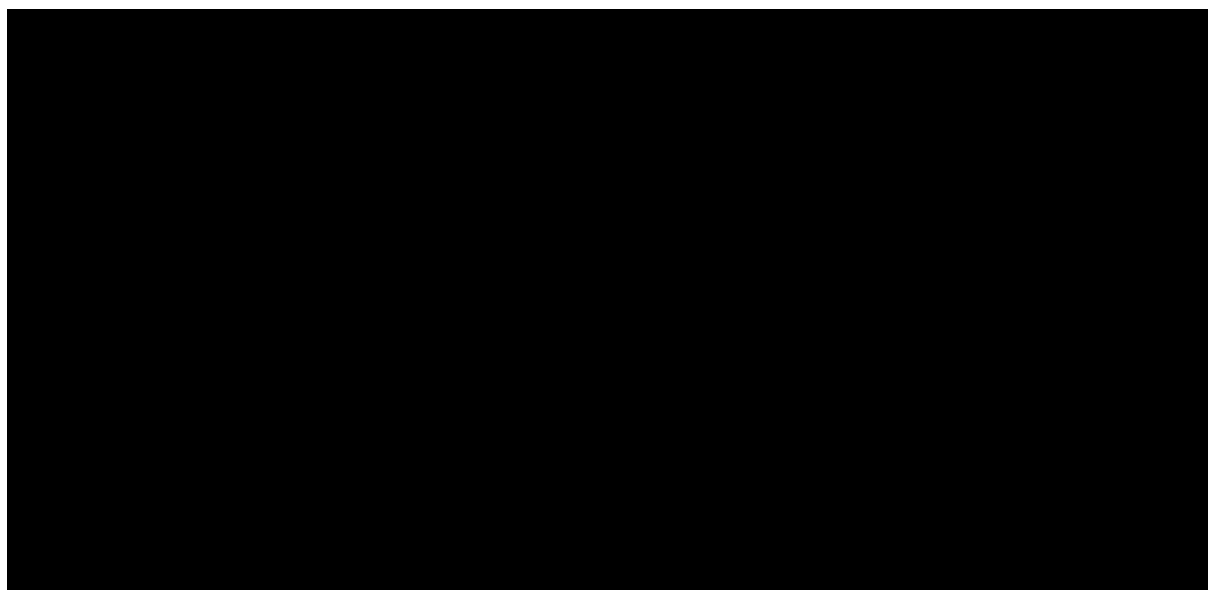
Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$   
i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

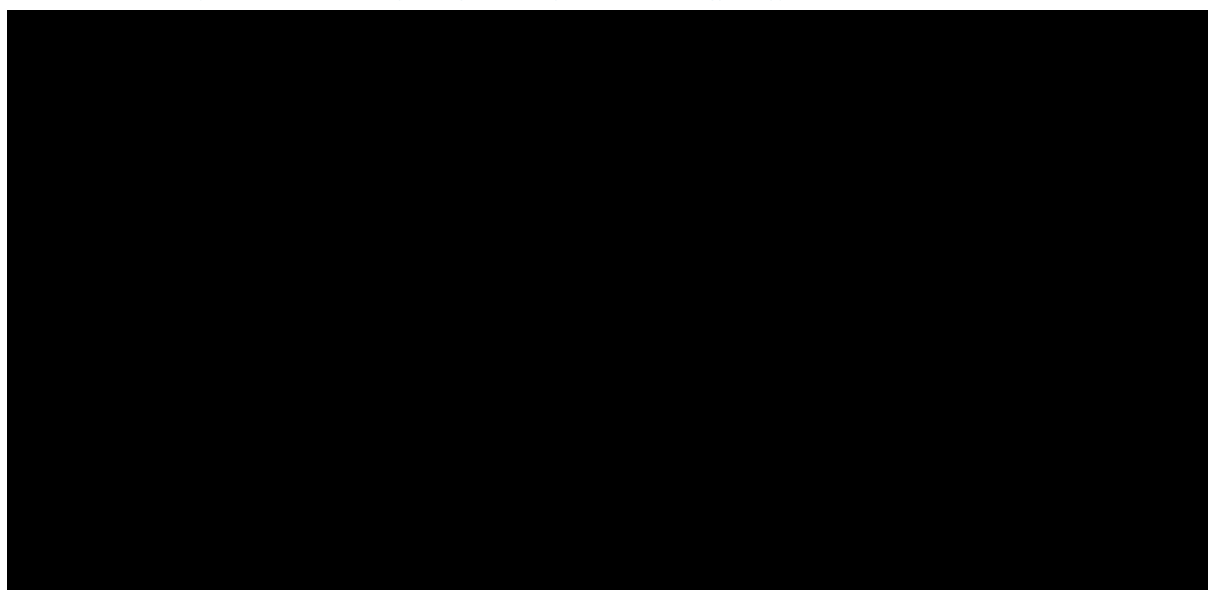
### 18.5.10 Niewydolność nerek (konieczność rozpoczęcia terapii nerkozastępczej)

W horyzoncie badania *EMPA-REG OUTCOME*, testowane krzywe zapewniały dobre dopasowanie do danych obserwacyjnych. Wartości AIC były bardzo zbliżone dla wszystkich modeli, natomiast wartość bayesowskiego kryterium informacyjnego była najbardziej korzystna dla modelu wykładniczego.

Wykres 42. Dopasowanie modeli parametrycznych do danych empirycznych z badania *EMPA-REG OUTCOME*: niewydolność nerek (konieczność rozpoczęcia terapii nerkozastępczej).



Wykres 43. Długookresowy przebieg krzywych parametrycznych czasu do wystąpienia niewydolności nerek (konieczności rozpoczęcia terapii nerkozastępczej).



Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$   
i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

Ze względu na bardzo niską liczbę obserwowanych zdarzeń w badaniu klinicznym, w celu uniknięcia nadmiernego dopasowania (*overfitting*) wybrano model o najmniejszej liczbie parametrów (wykładniczy). Za wyborem modelu wykładniczego przemawiają także najniższe wartości kryteriów informacyjnych AIC i BIC (zob. Tabela 63).

## 18.6 Współczynniki regresji parametrycznych modeli ryzyka zdarzeń klinicznych

Tabela 64. Współczynniki regresji parametrycznych modeli ryzyka zdarzeń klinicznych (analiza podstawowa).

Zmienna zależna modelu	Rodzaj zdarzenia klinicznego; typ rozkładu dla czasu wystąpienia zdarzenia									
	MI niezakończony zgonem Wykładniczy	Udar niezakończony zgonem Weibull	UA Wykładniczy	HF Weibull	TIA Wykładniczy	Rev Wykładniczy	CV Weibull	Malbum Gompertz	RI Wykładniczy	RF Wykładniczy
Parametr kształtu <i>Shape</i>	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Parametr skali <i>Log (scale)</i>	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Wskaźniki klin.-de- mogr.	■		■	■		■				
		■		■		■		■		
						■		■		
		■	■	■	■	■	■	■		
Historia zdarzeń CV	■		■			■				
				■	■	■	■	■		
	■		■	■			■	■	■	■
Czynność nerek	■		■	■			■	■	■	■
	■		■	■			■	■	■	■
Region	■	■	■	■	■		■	■		

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$   
i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

Zmienna zależna modelu	Rodzaj zdarzenia klinicznego; typ rozkładu dla czasu wystąpienia zdarzenia										
	MI niezakończony zgonem Wykładniczy	Udar niezakończony zgonem Weibull	UA Wykładniczy	HF Weibull	TIA Wykładniczy	Rev Wykładniczy	CV Weibull	Malbum Gompertz	RI Wykładniczy	RF Wykładniczy	
	■	■	■	■	■	■		■			
	■	■	■	■	■	■		■			
	■	■	■	■	■	■		■			
Terapia	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
		■	■	■		■	■			■	
					■		■				
	■			■		■					
	■	■				■				■	
Zdarzenia		■				■	■				
			■								
		■		■		■		■			
				■		■	■			■	

MI: Zawał serca;

UA: Niestabilna dławica piersiowa;

CABG: Pomostowanie aortalno-wieńcowe;

HF: Niewydolność serca;

TIA: Przemijający napad niedokrwienny;

Rev: Rewaskularyzacja mięśnia sercowego;

CV: Zdarzenia sercowo-naczyniowe;

Malbum: Makroalbuminuria;

RI: Uszkodzenie nerek;

RF: Niewydolność nerek;

MCAD: Wielonaczyniowa choroba wieńcowa;

SVCAD: Jednonaczyniowa choroba wieńcowa;

PAD: Choroba tętnic obwodowych

**Jardiance® (empagliflozyna)**

u pacjentów z cukrzycą typu 2

leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$

i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

Tabela 65. Współczynniki regresji dla terapii empagliflozyną w scenariuszach testowanych w ramach AW.

Zmienna niezależna modelu	Analiza	Rodzaj zdarzenia klinicznego										
		MI niezakończony zgonem	Udar niezakończony zgonem	UA	HF	TIA	Rev	CV	Malbum	RI	RF	
Terapia	Podstawowa	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	AW1: minimalna skuteczność EMPA w redukcji zdarzeń CV	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	AW2: maksymalna skuteczność EMPA w redukcji zdarzeń CV	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	AW3: minimalna skuteczność EMPA w redukcji zdarzeń mikro-naczyniowych	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	AW4: maksymalna skuteczność EMPA w redukcji zdarzeń mikro-naczyniowych	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	AW5: skuteczność EMPA z uwzględnieniem punktów istotnych statystycznie	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	AW6: wyniki kliniczne dla populacji nieleczzonej insuliną (Wariant 1)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	AW7: wyniki kliniczne dla populacji nieleczzonej insuliną (Wariant 2)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$   
 i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

## 18.7 Macierze kowariancji współczynników regresji w modelach czasu do wystąpienia zdarzeń klinicznych (PSA)

Tabela 66. Macierz kowariancji współczynników regresji; zawał serca niezakończony zgonem.

	Empa	Afryka	Azja	Europa	Ameryka łac.	Wiek	eGFR <60	eGFR 60- 90	BCV2	BCV4	BCV6	CHF	UA	Log (scale)
Empa	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Afryka	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Azja	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Europa	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Ameryka łac.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Wiek	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
eGFR <60	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
eGFR 60-90	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
BCV2	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
BCV4	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
BCV6	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
CHF	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
UA	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Log (scale)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$   
i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym



Tabela 67. Macierz kowariancji współczynników regresji; udar mózgu niezakończony zgonem.

	Empa	Afryka	Azja	Europa	Ameryka łac.	Wiek	BMI≥30	BCV1	MI	CHF	TIA	Malbum	Log (scale)	Log (shape)
Empa	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Afryka	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Azja	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Europa	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Ameryka łac.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Wiek	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
BMI≥30	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
BCV1	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
MI	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
CHF	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
TIA	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Malbum	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Log (scale)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Log (shape)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Tabela 68. Macierz kowariancji współczynników regresji; hospitalizacja z powodu niestabilnej dławicy piersiowej (UA).

	Empa	Afryka	Azja	Europa	Ameryka łac.	eGFR <60	eGFR 60- 90	BCV1	BCV2	BCV4	BCV6	MI	CR	Log (scale)
Empa	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Afryka	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Azja	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c ≥7%  
 i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

	Empa	Afryka	Azja	Europa	Ameryka Łąc.	eGFR <60	eGFR 60- 90	BCV1	BCV2	BCV4	BCV6	MI	CR	Log (scale)
Europa	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Ameryka Łąc.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
eGFR <60	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
eGFR 60-90	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
BCV1	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
BCV2	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
BCV4	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
BCV6	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
MI	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
CR	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Log (scale)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Tabela 69. Macierz kowariancji współczynników regresji; hospitalizacja z powodu niewydolności serca (HF).

	Empa	Afryka	Azja	Europa	Ameryka Łąc.	Wiek	BMI≥30	eGFR <60	eGFR 60-90	BCV2	BCV3	BCV6	MI	UA	Malbum	Uszk. nerek	Log (scale)	Log (shape)
Empa	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Afryka	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Azja	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Europa	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Ameryka Łąc.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Wiek	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
BMI≥30	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c ≥7%  
 i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

	Empa	Afryka	Azja	Europa	Ameryka łac.	Wiek	BMI≥30	eGFR <60	eGFR 60-90	BCV2	BCV3	BCV6	MI	UA	Malbum	Uszk. nerek	Log (scale)	Log (shape)
eGFR <60	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
eGFR 60-90	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
BCV2	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
BCV3	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
BCV6	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
MI	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
UA	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Malbum	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Uszk. nerek	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Log (scale)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Log (shape)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Tabela 70. Macierz kowariancji współczynników regresji; przemijający napad niedokrwienny (TIA).

	Empa	Afryka	Azja	Europa	Ameryka łac.	Wiek	BCV1	BCV3	Udar	Log (scale)
Empa	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Afryka	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Azja	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Europa	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Ameryka łac.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Wiek	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
BCV1	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c ≥7%  
 i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

	Empa	Afryka	Azja	Europa	Ameryka łac.	Wiek	BCV1	BCV3	Udar	Log (scale)
BCV3	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Udar	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Log (scale)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Tabela 71. Macierz kowariancji współczynników regresji; rewaskularyzacja.

	Empa	Afryka	Azja	Europa	Ameryka łac.	Płeć żeńska	BMI≥30	HbA1c≥8,5	BCV1	BCV3	BCV4	MI	UA	Log (scale)
Empa	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Afryka	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Azja	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Europa	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Ameryka łac.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Płeć żeńska	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
BMI≥30	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
HbA1c≥8,5	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
BCV1	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
BCV3	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
BCV4	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
MI	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
UA	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Log (scale)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c ≥7%  
 i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

Tabela 72. Macierz kowariancji współczynników regresji; zgon z przyczyn sercowo-naczyniowych.

	Empa	BAGE	Płeć żeńska	eGFR <60	eGFR 60-90	BCV1	BCV2	BCV3	BCV6	MI	Udar	CHF	TIA	Malbum	Uszk. nerek	Log (scale)	Log (shape)
Empa	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
BAGE	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Płeć żeńska	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
eGFR <60	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
eGFR 60-90	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
BCV1	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
BCV2	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
BCV3	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
BCV6	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
MI	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Udar	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
CHF	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
TIA	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Malbum	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Uszk. nerek	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Log (scale)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Log (shape)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$   
 i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

Tabela 73. Macierz kowariancji współczynników regresji; makroalbuminuria.

	Empa	Afryka	Azja	Europa	Ameryka łac.	Płeć żeńska	HbA1c≥8,5	eGFR <60	eGFR 60-90	BCV1	BCV3	BCV6	Uszk. nerek	rate	log(level)
Empa	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Afryka	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Azja	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Europa	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Ameryka Łac.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Płeć żeńska	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
HbA1c≥8,5	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
eGFR <60	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
eGFR 60-90	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
BCV1	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
BCV3	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
BCV6	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Uszk. nerek	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
rate	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
log(level)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Tabela 74. Macierz kowariancji współczynników regresji; uszkodzenie nerek.

	Empa	BMI≥30	eGFR <60	eGFR 60-90	Afryka	BCV6	Malbum	Log (scale)
Empa	■	■	■	■	■	■	■	■
BMI≥30	■	■	■	■	■	■	■	■

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c ≥7%  
 i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

	Empa	BMI≥30	eGFR <60	eGFR 60-90	Afryka	BCV6	Malbum	Log (scale)
eGFR <60	■	■	■	■	■	■	■	■
eGFR 60-90	■	■	■	■	■	■	■	■
Afryka	■	■	■	■	■	■	■	■
BCV6	■	■	■	■	■	■	■	■
Malbum	■	■	■	■	■	■	■	■
Log (scale)	■	■	■	■	■	■	■	■

Tabela 75. Macierz kowariancji współczynników regresji; niewydolność nerek (konieczność rozpoczęcia terapii nerkozastępczej).

	Empa	eGFR <60	eGFR 60-90	BCV6	MI	CHF	Uszk. nerek	Log (scale)
Empa	■	■	■	■	■	■	■	■
eGFR <60	■	■	■	■	■	■	■	■
eGFR 60-90	■	■	■	■	■	■	■	■
BCV6	■	■	■	■	■	■	■	■
MI	■	■	■	■	■	■	■	■
CHF	■	■	■	■	■	■	■	■
Uszk. nerek	■	■	■	■	■	■	■	■
Log (scale)	■	■	■	■	■	■	■	■

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c ≥7%  
 i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

## 18.8 Roczne wskaźniki cen towarów i usług konsumpcyjnych

Tabela 76. Roczne wskaźniki cen towarów i usług konsumpcyjnych (GUS CPI 2024).

Rok	Wskaźnik cen przy podstawie rok poprzedni = 100	Wskaźnik inflacji
2006	101,30	1,013
2007	102,10	1,021
2008	103,40	1,034
2009	103,20	1,032
2010	102,90	1,029
2011	104,50	1,045
2012	103,20	1,032
2013	101,80	1,018
2014	100,20	1,002
2015	101,90	1,019
2016	99,20	0,992
2017	101,20	1,012
2018	102,00	1,020
2019	103,20	1,032
2020	104,80	1,048
2021	103,30	1,033
2022	107,10	1,071
2023	108,40	1,084

## 18.9 Tablice trwania życia

Tabela 77. Roczne prawdopodobieństwa zgonu w populacji ogólnej w Polsce w 2022 r. (GUS 2023).

Wiek	Prawdopodobieństwo zgonu	
	Mężczyźni	Kobiety
0	0,00408	0,00327
1	0,00032	0,00031
2	0,00024	0,00021
3	0,00019	0,00016
4	0,00015	0,00013
5	0,00012	0,00011
6	0,00011	0,00010
7	0,00010	0,00010

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$   
 i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym



Wiek	Prawdopodobieństwo zgonu	
	Mężczyźni	Kobiety
8	0,00009	0,00009
9	0,00009	0,00010
10	0,00010	0,00010
11	0,00012	0,00011
12	0,00014	0,00013
13	0,00017	0,00015
14	0,00021	0,00017
15	0,00027	0,00020
16	0,00034	0,00022
17	0,00042	0,00025
18	0,00052	0,00027
19	0,00061	0,00028
20	0,00071	0,00029
21	0,00079	0,00030
22	0,00085	0,00030
23	0,00091	0,00030
24	0,00095	0,00031
25	0,00100	0,00031
26	0,00105	0,00032
27	0,00111	0,00034
28	0,00119	0,00036
29	0,00128	0,00038
30	0,00138	0,00041
31	0,00149	0,00044
32	0,00161	0,00048
33	0,00174	0,00051
34	0,00187	0,00056
35	0,00200	0,00060
36	0,00213	0,00065
37	0,00226	0,00071
38	0,00240	0,00077
39	0,00254	0,00083
40	0,00269	0,00091
41	0,00288	0,00098

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq$ 7%  
 i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

Wiek	Prawdopodobieństwo zgonu	
	Mężczyźni	Kobiety
42	0,00309	0,00107
43	0,00335	0,00118
44	0,00366	0,00130
45	0,00402	0,00143
46	0,00443	0,00158
47	0,00488	0,00175
48	0,00537	0,00193
49	0,00591	0,00214
50	0,00649	0,00236
51	0,00713	0,00262
52	0,00783	0,00289
53	0,00858	0,00321
54	0,00940	0,00355
55	0,01029	0,00392
56	0,01125	0,00433
57	0,01229	0,00479
58	0,01342	0,00530
59	0,01467	0,00588
60	0,01604	0,00654
61	0,01754	0,00727
62	0,01920	0,00807
63	0,02100	0,00891
64	0,02294	0,00981
65	0,02498	0,01076
66	0,02708	0,01177
67	0,02923	0,01286
68	0,03140	0,01407
69	0,03362	0,01542
70	0,03592	0,01693
71	0,03836	0,01862
72	0,04102	0,02053
73	0,04393	0,02266
74	0,04715	0,02503
75	0,05076	0,02768

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$   
 i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

Wiek	Prawdopodobieństwo zgonu	
	Mężczyźni	Kobiety
76	0,05480	0,03067
77	0,05929	0,03403
78	0,06436	0,03786
79	0,07010	0,04230
80	0,07661	0,04750
81	0,08399	0,05358
82	0,09243	0,06073
83	0,10199	0,06910
84	0,11259	0,07870
85	0,12415	0,08950
86	0,13651	0,10149
87	0,14945	0,11447
88	0,16273	0,12828
89	0,17634	0,14288
90	0,19026	0,15827
91	0,20452	0,17441
92	0,21914	0,19130
93	0,23416	0,20894
94	0,24953	0,22721
95	0,26515	0,24598
96	0,28096	0,26508
97	0,29686	0,28434
98	0,31275	0,30358
99	0,32856	0,32264
100	0,34419	0,34134

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$   
 i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

## Spis Tabel

Tabela 1. Obecne warunki finansowe refundacji leku Jardiance® (MZ 17/06/2024).	21
Tabela 2. Podsumowanie wnioskowanych warunków refundacji leku Jardiance®.	23
Tabela 3. Przykładowy profil początkowy pacjenta z kohorty badania <i>EMPA-REG OUTCOME</i> .	30
Tabela 4. Źródła danych dla kluczowych parametrów modelu ekonomicznego.	33
Tabela 5. [REDACTED]	34
Tabela 6. Zestawienie wyjściowych oraz zależnych od czasu czynników ryzyka wystąpienia poszczególnych zdarzeń klinicznych.	38
Tabela 7. [REDACTED]	40
Tabela 8. Parametry rozkładu Gompertza dla umieralności z innych przyczyn.	42
Tabela 9. Strategia wyszukiwania wtórnych badań dotyczących użyteczności stanów zdrowia ( <i>Medline przez PubMed</i> ).	44
Tabela 10. Wyniki wyszukiwania wtórnych badań dotyczących użyteczności stanów zdrowia ( <i>Medline przez PubMed</i> ).	47
Tabela 11. Użyteczności stanów zdrowia przyjęte w analizie podstawowej.	58
Tabela 12. Użyteczności stanów zdrowia przyjęte w analizie wrażliwości (warianty minimalnej i maksymalnej utraty użyteczności).	59
Tabela 13. Użyteczności stanów zdrowia przyjęte w analizie wrażliwości (zestaw użyteczności na podstawie <i>Beaudet 2014</i> ).	60
Tabela 14. Wyliczenie użyteczności stanu wyjściowego w analizie wrażliwości na podstawie danych z badania <i>Golicki 2015</i> .	60
Tabela 15. Koszt jednostkowy Jardiance® przyjęty w analizie.	63
Tabela 16. Udziały poszczególnych prezentacji w łącznym zużyciu produktu Jardiance.	64
Tabela 17. Dzienny koszt terapii empagliflozyną z perspektywy płatnika publicznego oraz wspólnej (z uwzględnieniem oraz bez uwzględnienia RSS).	64
Tabela 18. Dzienny koszt leczenia hipoglikemizującego w wariantach AW; EMPA vs STD.	66
Tabela 19. Koszty powikłań uwzględnione w modelu – analiza podstawowa.	67
Tabela 20. Koszty powikłań uwzględnione w modelu – analiza wrażliwości.	68
Tabela 21. Długookresowy (>1 rok po wystąpieniu epizodu) koszt leczenia powikłań cukrzycy typu 2 – analiza wrażliwości.	69
Tabela 22. Podsumowanie założeń modelu ekonomicznego.	69
Tabela 23. Zestawienie parametrów modelu – analiza podstawowa.	70
Tabela 24. Wyszczególnienie założeń przyjętych w analizie podstawowej.	73
Tabela 25. Lista wariantów deterministycznej analizy wrażliwości.	75

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$   
 i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

Tabela 26. Deterministyczna analiza wrażliwości – testowane założenia.....	76
Tabela 27. Zestawienie rozkładów prawdopodobieństwa dla parametrów modelu ekonomicznego w probabilistycznej analizie wrażliwości (PSA). .....	82
Tabela 28. Wyniki walidacji modelu ekonomicznego.....	86
Tabela 29. Badania RCT w populacji chorych na cukrzycę typu 2 z wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym.....	88
Tabela 30. Walidacja zewnętrzna modelu w oparciu o wyniki badań RCT przeprowadzonych w populacji zgodnej z wnioskowaną (chorzy na cukrzycę typu 2 z chorobą sercowo-naczyniową). .....	89
Tabela 31. Badania długookresowe w populacji chorych na cukrzycę typu 2 z obecnością lub bez obecności choroby sercowo-naczyniowej vs <i>EMPA-REG OUTCOME</i> . .....	90
Tabela 32. Walidacja zewnętrzna modelu w oparciu o wyniki badań długookresowych przeprowadzonych w szerokiej populacji chorych na cukrzycę typu 2. ....	91
Tabela 33. Zestawienie kosztów: EMPA+STD vs STD, analiza z uwzględnieniem RSS. ....	93
Tabela 34. Zestawienie kosztów: EMPA+STD vs STD, analiza bez uwzględnienia RSS.....	94
Tabela 35. Zestawienie wyników zdrowotnych – średnie przeżycie całkowite i skorygowane o jakość; EMPA+STD vs STD. ....	95
Tabela 36. Zestawienie wyników zdrowotnych: częstość zdarzeń klinicznych na 100 pacjento-lat; EMPA+STD vs STD.....	96
Tabela 37. Zestawienie wyników zdrowotnych: odsetek pacjentów ze zdarzeniem klinicznym w horyzoncie dożywotnym; EMPA+STD vs STD. ....	98
Tabela 38 Wyniki analizy kosztów-użyteczności (CUA): EMPA+STD vs STD; analiza podstawowa, z uwzględnieniem RSS. ....	99
Tabela 39 Wyniki analizy kosztów-efektywności (CEA): EMPA+STD vs STD; analiza podstawowa, z uwzględnieniem RSS. ....	101
Tabela 40. Wyniki analizy kosztów-użyteczności (CUA): EMPA+STD vs STD; analiza dodatkowa, bez uwzględnienia RSS. ....	102
Tabela 41 Wyniki analizy kosztów-efektywności (CEA): EMPA+STD vs STD; analiza podstawowa, bez uwzględnienia RSS. ....	104
Tabela 42. Wyniki analizy progowej dla prezentacji produktu Jardiance® w analizie kosztów-użyteczności (CUA) – analiza podstawowa. ....	105
Tabela 43. Deterministyczna analiza wrażliwości kosztów-użyteczności; PPP+P, z uwzględnieniem RSS.....	107
Tabela 44. Deterministyczna analiza wrażliwości kosztów-użyteczności; PPP, z uwzględnieniem RSS. ....	108
Tabela 45. Deterministyczna analiza wrażliwości kosztów-użyteczności; PPP+P, bez uwzględnienia RSS. ....	116
Tabela 46. Deterministyczna analiza wrażliwości kosztów-użyteczności; PPP, bez uwzględnienia RSS. ....	117
Tabela 47. Wyniki probabilistycznej analizy wrażliwości kosztów-użyteczności; PPP+P, z uwzględnieniem RSS. ....	122
Tabela 48. Wyniki probabilistycznej analizy wrażliwości kosztów-użyteczności; PPP, z uwzględnieniem RSS. ....	125

Tabela 49. Wyniki probabilistycznej analizy wrażliwości kosztów-użyteczności; PPP+P, bez uwzględnienia RSS.	127
Tabela 50. Wyniki probabilistycznej analizy wrażliwości kosztów-użyteczności; PPP, bez uwzględnienia RSS.....	129
Tabela 51. Wkład autorów w opracowanie raportu. ....	136
Tabela 52. Kryteria włączenia oraz wykluczenia publikacji do przeglądu systematycznego analiz ekonomicznych. .....	137
Tabela 53. Strategia wyszukiwania analiz ekonomicznych dla leku Jardiance® w leczeniu cukrzycy typu 2 – <i>PubMed</i> . ....	138
Tabela 54. Strategia wyszukiwania analiz ekonomicznych dla leku Jardiance® w leczeniu cukrzycy typu 2 – <i>Embase</i> . ....	138
Tabela 55. Strategia wyszukiwania analiz ekonomicznych dla leku Jardiance® w leczeniu cukrzycy typu 2 – <i>Cochrane Library</i> . ....	139
Tabela 56. Charakterystyka metodyki i wyniki włączonych badań. ....	140
Tabela 57. Wyniki analizy kosztów-korzyści <i>Glover 2022</i> , perspektywa płatnika publicznego (korzyści bezpośrednie) oraz społeczna. ....	154
Tabela 58. Charakterystyka włączonych analiz ekonomicznych. ....	156
Tabela 59. Definicje punktów końcowych w <i>badaniu EMPA-REG OUTCOME</i> . ....	160
Tabela 60. Publikacje włączone do metaanalizy sieciowej, przedstawionej w raporcie HTA <i>NICE 2015</i> . ....	163
Tabela 61. Publikacje wykorzystane do CMA, przedstawionej w raporcie HTA <i>PBAC 2014</i> . ....	168
Tabela 62. Publikacje wykorzystane do CMA, przedstawionej w raporcie HTA <i>PBAC 2014</i> . ....	170
Tabela 63. Jakość dopasowania (AIC i BIC) testowanych modeli parametrycznych czasu do wystąpienia zdarzeń klinicznych w <i>EMPA-REG OUTCOME</i> . ....	174
Tabela 64. Współczynniki regresji parametrycznych modeli ryzyka zdarzeń klinicznych (analiza podstawowa). ....	189
Tabela 65. Współczynniki regresji dla terapii empagliflozyną w scenariuszach testowanych w ramach AW. ....	191
Tabela 66. Macierz kowariancji współczynników regresji; zawał serca niezakończony zgonem. ....	192
Tabela 67. Macierz kowariancji współczynników regresji; udar mózgu niezakończony zgonem. ....	193
Tabela 68. Macierz kowariancji współczynników regresji; hospitalizacja z powodu niestabilnej dławicy piersiowej (UA). ....	193
Tabela 69. Macierz kowariancji współczynników regresji; hospitalizacja z powodu niewydolności serca (HF). ....	194
Tabela 70. Macierz kowariancji współczynników regresji; przemijający napad niedokrwienny (TIA). ....	195
Tabela 71. Macierz kowariancji współczynników regresji; rewaskularyzacja. ....	196
Tabela 72. Macierz kowariancji współczynników regresji; zgon z przyczyn sercowo-naczyniowych. ....	197
Tabela 73. Macierz kowariancji współczynników regresji; makroalbuminuria. ....	198
Tabela 74. Macierz kowariancji współczynników regresji; uszkodzenie nerek. ....	198
Tabela 75. Macierz kowariancji współczynników regresji; niewydolność nerek (konieczność rozpoczęcia terapii nerkozastępczej). ....	199

**Jardiance® (empagliflozyna)**

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$   
i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

---

Tabela 76. Roczne wskaźniki cen towarów i usług konsumpcyjnych ( <i>GUS CPI 2024</i> ). .....	200
Tabela 77. Roczne prawdopodobieństwa zgonu w populacji ogólnej w Polsce w 2022 r. ( <i>GUS 2023</i> ). .....	200

Jardiance® (empagliflozyna)

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$   
i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

## Spis Wykresów

Wykres 1. Schemat modelu ekonomicznego.....	29
Wykres 2. Model Gompertza dla umieralności ogólnej w Polsce.....	42
Wykres 3. Diagram opisujący proces wyszukiwania: użyteczności związane z T2DM.....	45
Wykres 4. Zestawienie wyników zdrowotnych – średnie dyskontowane przeżycie całkowite i skorygowane o jakość; EMPA+STD vs STD.....	96
Wykres 5. Zestawienie wyników zdrowotnych: częstość zdarzeń klinicznych na 100 pacjento-lat; EMPA+STD vs STD.....	97
Wykres 6. Zestawienie wyników zdrowotnych: odsetek pacjentów ze zdarzeniem klinicznym w horyzoncie dożywoć; EMPA+STD vs STD.....	98
Wykres 7. Wyniki analizy kosztów-użyteczności: EMPA+STD vs STD; analiza podstawowa, z uwzględnieniem RSS; PPP+P.....	100
Wykres 8. Wyniki analizy kosztów-użyteczności: EMPA+STD vs STD; analiza podstawowa, z uwzględnieniem RSS; PPP.....	101
Wykres 9. Wyniki analizy kosztów-użyteczności: EMPA+STD vs STD; analiza podstawowa, bez uwzględnienia RSS; PPP+P.....	103
Wykres 10. Wyniki analizy kosztów-użyteczności: EMPA+STD vs STD; analiza podstawowa, bez uwzględnienia RSS; PPP.....	103
Wykres 11. Wykres przedstawiający uszeregowane malejąco wartości ICUR w analizie wrażliwości kosztów-użyteczności; PPP+P, z uwzględnieniem RSS.....	111
Wykres 12. Wykres przedstawiający uszeregowane malejąco wartości ICUR w analizie wrażliwości kosztów-użyteczności; PPP, z uwzględnieniem RSS.....	112
Wykres 13. Wykres przedstawiający uszeregowane malejąco wartości ICUR w analizie wrażliwości kosztów-użyteczności; PPP+P, bez uwzględnienia RSS.....	120
Wykres 14. Wykres przedstawiający uszeregowane malejąco wartości ICUR w analizie wrażliwości kosztów-użyteczności; PPP, bez uwzględnienia RSS.....	121
Wykres 15. Wykres rozrzutu wyników probabilistycznej analizy wrażliwości; PPP+P, z uwzględnieniem RSS.....	124
Wykres 16. Krzywa akceptowalności dla strategii EMPA+STD; PPP+P, z uwzględnieniem RSS.....	124
Wykres 17. Wykres rozrzutu wyników probabilistycznej analizy wrażliwości; PPP, z uwzględnieniem RSS.....	126
Wykres 18. Krzywa akceptowalności dla strategii EMPA+STD; PPP, z uwzględnieniem RSS.....	126
Wykres 19. Wykres rozrzutu wyników probabilistycznej analizy wrażliwości; PPP+P, bez uwzględnienia RSS.....	128
Wykres 20. Krzywa akceptowalności dla strategii EMPA+STD; PPP+P, bez uwzględnienia RSS.....	129
Wykres 21. Wykres rozrzutu wyników probabilistycznej analizy wrażliwości; PPP, bez uwzględnienia RSS.....	130
Wykres 22. Krzywa akceptowalności dla strategii EMPA+STD; PPP, bez uwzględnienia RSS.....	130
Wykres 23. Diagram opisujący proces wyszukiwania analiz ekonomicznych dla leku Jardiance®.....	140

**Jardiance® (empagliflozyna)**

u pacjentów z cukrzycą typu 2  
 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$   
 i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym



Wykres 24. Dopasowanie modeli parametrycznych do danych empirycznych z badania EMPA-REG OUTCOME: zgon z przyczyn sercowo-naczyniowych. ....	175
Wykres 25. Długookresowy przebieg krzywych parametrycznych czasu do wystąpienia zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych. ....	175
Wykres 26. Dopasowanie modeli parametrycznych do danych empirycznych z badania EMPA-REG OUTCOME: zawał serca niezakończony zgonem (MI). ....	176
Wykres 27. Długookresowy przebieg krzywych parametrycznych czasu do wystąpienia zawału serca niezakończonego zgonem (MI). ....	177
Wykres 28. Dopasowanie modeli parametrycznych do danych empirycznych z badania EMPA-REG OUTCOME: udar mózgu niezakończony zgonem. ....	178
Wykres 29. Długookresowy przebieg krzywych parametrycznych czasu do wystąpienia udaru mózgu niezakończonego zgonem. ....	178
Wykres 30. Dopasowanie modeli parametrycznych do danych empirycznych z badania EMPA-REG OUTCOME: hospitalizacja z powodu niewydolności serca (HF). ....	179
Wykres 31. Długookresowy przebieg krzywych parametrycznych czasu do wystąpienia hospitalizacji z powodu niewydolności serca (HF). ....	179
Wykres 32. Dopasowanie modeli parametrycznych do danych empirycznych z badania EMPA-REG OUTCOME: hospitalizacja z powodu niestabilnej dławicy piersiowej (UA). ....	180
Wykres 33. Długookresowy przebieg krzywych parametrycznych czasu do wystąpienia hospitalizacji z powodu niestabilnej dławicy piersiowej (UA). ....	181
Wykres 34. Dopasowanie modeli parametrycznych do danych empirycznych z badania EMPA-REG OUTCOME: rewaskularyzacja. ....	182
Wykres 35. Długookresowy przebieg krzywych parametrycznych czasu do wystąpienia rewaskularyzacji. ....	182
Wykres 36. Dopasowanie modeli parametrycznych do danych empirycznych z badania EMPA-REG OUTCOME: przemijający napad niedokrwienny (TIA). ....	183
Wykres 37. Długookresowy przebieg krzywych parametrycznych czasu do wystąpienia przemijającego napadu niedokrwiennego (TIA). ....	183
Wykres 38. Dopasowanie modeli parametrycznych do danych empirycznych z badania EMPA-REG OUTCOME: uszkodzenie nerek. ....	184
Wykres 39. Długookresowy przebieg krzywych parametrycznych czasu do wystąpienia uszkodzenia nerek. ....	185
Wykres 40. Dopasowanie modeli parametrycznych do danych empirycznych z badania EMPA-REG OUTCOME: rozwinięcie makroalbuminurii. ....	186
Wykres 41. Długookresowy przebieg krzywych parametrycznych czasu do wystąpienia makroalbuminurii. ....	186
Wykres 42. Dopasowanie modeli parametrycznych do danych empirycznych z badania EMPA-REG OUTCOME: niewydolność nerek (konieczność rozpoczęcia terapii nerkozastępczej). ....	187

---

Wykres 43. Długookresowy przebieg krzywych parametrycznych czasu do wystąpienia niewydolności nerek (konieczności rozpoczęcia terapii nerkozastępczej) .....	187
--	-----

## Piśmiennictwo

- Abushanab 2022** Abushanab D, Al-Badriyeh D, Liew D, Ademi Z. First-line Treatment with Empagliflozin and Metformin Combination Versus Standard Care for Patients with Type 2 Diabetes Mellitus and Cardiovascular Disease in Qatar. A Cost-Effectiveness Analysis. *Curr Probl Cardiol.* 2022;47(6):100852. doi:10.1016/j.cpcardiol.2021.100852
- Abushanab 2022a** Abushanab D, Liew D, Marquina C, Al-Badriyeh D, Ademi Z. Cost-Effectiveness of Empagliflozin and Metformin Combination Versus Standard Care as First-Line Therapy in Patients With Type 2 Diabetes Mellitus. *Endocr Pract.* 2022;28(1):16-24. doi:10.1016/j.eprac.2021.07.018
- ACCORD 2008** Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Study Group., Gerstein HC, Miller ME, Byington RP, Goff DC Jr, Bigger JT, Buse JB, Cushman WC, Genuth S, Ismail-Beigi F, Grimm RH Jr, Probstfield JL, Simons-Morton DG, Friedewald WT. Effects of intensive glucose lowering in type 2 diabetes. *N Engl J Med.* 2008 Jun 12;358(24):2545-59.
- ACCORD 2010** ACCORD Study Group., Cushman WC, Evans GW, Byington RP, Goff DC Jr, Grimm RH Jr, Cutler JA, Simons-Morton DG, Basile JN, Corson MA, Probstfield JL, Katz L, Peterson KA, Friedewald WT, Buse JB, Bigger JT, Gerstein HC, Ismail-Beigi F. Effects of intensive blood-pressure control in type 2 diabetes mellitus. *N Engl J Med.* 2010 Apr 29;362(17):1575-85
- ADVANCE 2008** ADVANCE Collaborative Group., Patel A, MacMahon S, Chalmers J, Neal B, Billot L, Woodward M, Marre M, Cooper M, Glasziou P, Grobbee D, Hamet P, Harrap S, Heller S, Liu L, Mancia G, Mogensen CE, Pan C, Poulter N, Rodgers A, Williams B, Bompoint S, de Galan BE, Joshi R, Travert F. Intensive blood glucose control and vascular outcomes in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med.* 2008 Jun 12;358(24):2560-72.
- AE Jardiance 2017** Aestimo s.c. Jardiance® (empagliflozyna) w leczeniu pacjentów z cukrzycą typu 2 stosujących leczenie hipoglikemizujące z wyłączeniem insuliny, z brakiem kontroli glikemii oraz udokumentowaną chorobą układu sercowo-naczyniowego. Analiza ekonomiczna. Kraków 2017.
- AE Jardiance 2022** Aestimo s.c. Jardiance® (empagliflozyna) w leczeniu pacjentów z cukrzycą typu 2, stosujących co najmniej jeden lek przeciwcukrzycowy, z niewystarczająco kontrolowaną cukrzycą oraz z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym. Analiza ekonomiczna. Kraków 2022.
- AE Jardiance 2023** Aestimo s.c. Jardiance® (empagliflozyna) w leczeniu pacjentów z cukrzycą typu 2, stosujących co najmniej jeden lek przeciwcukrzycowy, z niewystarczająco kontrolowaną cukrzycą oraz z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym. Analiza ekonomiczna. Kraków 2023.
- AKL Jardiance 2024** Aestimo s.c. Jardiance® (empagliflozyna) w leczeniu pacjentów z cukrzycą typu 2, stosujących co najmniej jeden lek przeciwcukrzycowy, z niewystarczająco kontrolowaną cukrzycą oraz z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym. Analiza kliniczna. Kraków 2024.
- Alnsasra 2023** Alnsasra H, Tsaban G, Solomon A, Khalil F, Aboalhasan E, Azab AN, Azuri J, Hammerman A, Arbel R. Dapagliflozin versus empagliflozin in patients with chronic kidney disease. *Front Pharmacol* 2023; 14
- Alva 2014** Alva M, Gray A, Mihaylova B, Clarke P. The effect of diabetes complications on health-related quality of life: the importance of longitudinal data to address patient heterogeneity. *Health Econ.* 2014 Apr;23(4):487-500.
- AOTMiT 2016** Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Wytyczne oceny technologii medycznych (HTA), Wersja 3.0. Warszawa, sierpień 2016.
- APD Jardiance 2024** Aestimo s.c. Jardiance® (empagliflozyna) w leczeniu pacjentów z cukrzycą typu 2, stosujących co najmniej jeden lek przeciwcukrzycowy, z niewystarczająco kontrolowaną cukrzycą

Jardiance® (empagliflozyna) | u pacjentów z cukrzycą typu 2  
 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$   
 i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

- oraz z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym. Analiza problemu decyzyjnego. Kraków 2024.
- AWA Jardiance 2017** Wniosek o objęcie refundacją leku Jardiance (empagliflozyna) we wskazaniu: Leczenie pacjentów stosujących leki hipoglikemizujące z wyłączeniem insuliny z niewystarczająco kontrolowaną cukrzycą typu 2 oraz udokumentowaną chorobą układu sercowo-naczyniowego (zawał serca lub niestabilna dławica piersiowa lub choroba niedokrwienna serca potwierdzona w koronarografii lub testami wysiłkowymi lub udar mózgu lub choroba zarostowa tętnic obwodowych). Analiza weryfikacyjna Nr: OT.4350.6.2017. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, Wydział Oceny Technologii Medycznych.
- AWA Jardiance 2022** Wniosek o objęcie refundacją leku Jardiance (empagliflozyna) we wskazaniu: pacjenci z cukrzycą typu 2, stosujący co najmniej jeden lek przeciwcukrzycowy, z niewystarczająco kontrolowaną cukrzycą oraz z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym. Analiza weryfikacyjna Nr: WS.4230.2.2022. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, Wydział Oceny Technologii Medycznych.
- AWA Jardiance 2023** Wniosek o objęcie refundacją leku Jardiance (empagliflozyna) we wskazaniu: pacjenci z cukrzycą typu 2, stosujący co najmniej jeden lek przeciwcukrzycowy, z niewystarczająco kontrolowaną cukrzycą oraz z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym. Analiza weryfikacyjna Nr: OT.423.0.22.2023. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, Wydział Oceny Technologii Medycznych.
- AWMSG 2015** All Wales Therapeutics and Toxicology Centre. AWMSG Secretariat Assessment Report. Empagliflozin (Jardiance®) 10 mg and 25 mg film-coated tablets. Reference number: 2746. November 2015. Dostęp on-line pod adresem: <https://awttc.nhs.wales/accessing-medicines/medicine-recommendations/empagliflozin-jardiance/>. Data ostatniego dostępu: 26.07.2024 r.
- Bagust 2005** Bagust A, Beale S. Modelling EuroQol health-related utility values for diabetic complications from CODE-2 data. Health Econ. 2005 Mar;14(3):217-30.
- Beaudet 2014** Beaudet A, Clegg J, Thuresson PO, Lloyd A, McEwan P. Review of utility values for economic modeling in type 2 diabetes. Value Health. 2014 Jun;17(4):462-70.
- Boonman-de Winter 2016** Boonman-de Winter LJ, van Stel HF, Hoes AW, Landman MJ, Liem AH, Rutten GE, Cramer MJ, Rutten FH. Health status of older patients with type 2 diabetes and screen-detected heart failure is significantly lower than those without. Int J Cardiol 2016; 211:79-83.
- Briggs 2002** Briggs, A.H. and Goeree, R. and Blackhouse, G. and O'Brien, B.J. (2002) Probabilistic analysis of cost-effectiveness models: choosing between treatment strategies for gastroesophageal reflux disease. Medical Decision Making 22(4):pp. 290-308.
- CADTH 2015** CADTH CDEC Final Recommendation. Empagliflozin (Jardiance — Boehringer Ingelheim (Canada) Ltd.) Indication: Type 2 Diabetes Mellitus. Final recommendation : October 15, 2015.: <https://www.cadth.ca/empagliflozin>. Data ostatniego dostępu: 26.07.2024 r.
- CADTH 2016** CADTH. CDEC Final Recommendation. Empagliflozin. Indication: Prevention of Cardiovascular Mortality in Type 2 Diabetes Mellitus Dostęp on-line pod adresem: <https://www.cadth.ca/empagliflozin-0>. Data ostatniego dostępu: 26.07.2024 r.
- ChPL Jardiance** Charakterystyka Produktu Leczniczego Jardiance® 10 mg tabletki powlekane oraz Jardiance® 25 mg tabletki powlekane. Dostęp on-line pod adresem: <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/jardiance>. Data ostatniego dostępu: 26.07.2024 r.
- Clarke 2002** Clarke P, Gray A, Holman R. Estimating utility values for health states of type 2 diabetic patients using the EQ-5D (UKPDS 62). Med Decis Making. 2002 Jul-Aug;22(4):340-9.

- Dormandy 2005** Dormandy JA, Charbonnel B, Eckland DJ, Erdmann E, Massi-Benedetti M, Moules IK, Skene AM, Tan MH, Lefèbvre PJ, Murray GD, Standl E, Wilcox RG, Wilhelmsen L, Betteridge J, Birkeland K, Golay A, Heine RJ, Korányi L, Laakso M, Mokán M, Norkus A, Pirags V, Podar T, Scheen A, Scherbaum W, Schernthaner G, Schmitz O, Skrha J, Smith U, Taton J; PROactive Investigators. Secondary prevention of macrovascular events in patients with type 2 diabetes in the PROactive Study (PROspective pioglitAzone Clinical Trial In macroVascular Events): a randomised controlled trial. *Lancet*. 2005 Oct 8;366(9493):1279-89.
- Duckworth 2008** Duckworth W, Abraira C, Moritz T, Reda D, Emanuele N, Reaven PD, Zieve FJ, Marks J, Davis SN, Hayward R, Warren SR, Goldman S, McCarren M, Vitek ME, Henderson WG, Huang GD; VADT Investigators. Glucose control and vascular complications in veterans with type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2009 Jan 8;360(2):129-39.
- Dudzińska 2013** Dudzińska M, Tarach JS, Zwolak A, Kurowska M, Malicka J, Smoleń A, Nowakowski A. Type 2 diabetes mellitus in relation to place of residence: evaluation of selected aspects of socio-demographic status, course of diabetes and quality of life--a cross-sectional study. *Ann Agric Environ Med*. 2013;20(4):869-74.
- Dukes 2013** Dukes JL, Seelam S, Lentine KL, Schnitzler MA, Neri L. Health-related quality of life in kidney transplant patients with diabetes. *Clin Transplant*. 2013 Sep-Oct;27(5):E554-62.
- Ehlers 2021** Ehlers LH, Lamotte M, Monteiro S, et al. The Cost-Effectiveness of Empagliflozin Versus Liraglutide Treatment in People with Type 2 Diabetes and Established Cardiovascular Disease. *Diabetes Ther*. 2021;12(5):1523-1534. doi:10.1007/s13300-021-01040-y.
- Ehlers 2022** Ehlers LH, Lamotte M, Ramos MC, et al. The cost-effectiveness of oral semaglutide versus empagliflozin in Type 2 diabetes in Denmark. *J Comp Eff Res*. 2022;11(1):29-37. doi:10.2217/cer-2021-0169
- Ehlers 2022a** Ehlers LH, Lamotte M, Ramos MC, et al. The Cost-Effectiveness of Subcutaneous Semaglutide Versus Empagliflozin in Type 2 Diabetes Uncontrolled on Metformin Alone in Denmark. *Diabetes Ther*. 2022;13(3):489-503. doi:10.1007/s13300-022-01221-3
- Ghetti 2023** Ghetti G, Pradelli L, Papageorgiou G, Karpouzou G, Arkan Y. CELESTIA: Cost-Effectiveness Analysis of Empagliflozin Versus Sitagliptin in Patients with Type 2 Diabetes in Greece. *Clin Outcomes Res* 2023; 15:97-109
- Glasziou 2007** Glasziou P, Alexander J, Beller E, Clarke P, the ADVANCE Collaborative Group. Which health-related quality of life score? A comparison of alternative utility measures in patients with Type 2 diabetes in the ADVANCE trial. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2007;5:21. doi:10.1186/1477-7525-5-21.
- Glover 2022** Glover S, Borrego ME, Ray GM, Roberts MH. Sodium-Glucose Cotransporter 2 Inhibitor Use Among Individuals Age <65 with Type 2 Diabetes and Heart Failure with Reduced Ejection Fraction: A Cost-Benefit Analysis. *Clin Outcomes Res* 2022; 14:465-477
- Golicki 2015** Golicki D, Dudzińska M, Zwolak A, Tarach JS. Quality of life in patients with type 2 diabetes in Poland - comparison with the general population using the EQ-5D questionnaire. *Adv Clin Exp Med*. 2015 Jan-Feb;24(1):139-46.
- Gorgojo-Martínez 2020** Gorgojo-Martínez JJ, Malkin SJP, Martín V, Hallén N, Hunt B. Assessing the cost-effectiveness of a once-weekly GLP-1 analogue versus an SGLT2 inhibitor in the Spanish setting: Once-weekly semaglutide versus empagliflozin. *J Med Econ*. 2020;23(2):193-203. doi:10.1080/13696998.2019.1681436

- Gourzoulidis 2018** Gourzoulidis G, Tzanetakos C, Ioannidis I, et al. Cost-Effectiveness of Empagliflozin for the Treatment of Patients with Type 2 Diabetes Mellitus at Increased Cardiovascular Risk in Greece. *Clin Drug Investig.* 2018;38(5):417-426. doi:10.1007/s40261-018-0620-x
- Gourzoulidis 2021** Gourzoulidis G, Tzanetakos C, Ioannidis I, et al. Cost-effectiveness of Empagliflozin Compared with Dapagliflozin for the Treatment of Patients with Type 2 Diabetes Mellitus and Established Cardiovascular Disease in Greece. *Clin Drug Investig.* 2021;41(4):371-380. doi:10.1007/s40261-021-01013-w
- Green 2015** Green JB, Bethel MA, Armstrong PW, Buse JB, Engel SS, Garg J, Josse R, Kaufman KD, Koglin J, Korn S, Lachin JM, McGuire DK, Pencina MJ, Standl E, Stein PP, Suryawanshi S, Van de Werf F, Peterson ED, Holman RR; TECOS Study Group. Effect of Sitagliptin on Cardiovascular Outcomes in Type 2 Diabetes. *N Engl J Med.* 2015 Jul 16;373(3):232-42.
- GUS 2023** Główny Urząd Statystyczny. Trwanie życia w 2022 roku. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/trwanie-zycia/trwanie-zycia-w-2022-roku,2,17.html>
- GUS CPI 2024** Roczne wskaźniki cen towarów i usług konsumpcyjnych od 1950 roku. Dostęp on-line: <http://stat.gov.pl/>
- Halpern 2000** Halpern EF, Weinstein MC, Hunink MG, Gazelle GS. Representing both first- and second-order uncertainties by Monte Carlo simulation for groups of patients. *Med Decis Making.* 2000 Jul-Sep;20(3):314-22.
- HAS 2016** JARDIANCE® (empagliflozine). Avis d'efficience. Date de validation par la CEESP : 13 septembre 2016. Dostęp on-line pod adresem: [https://www.has-sante.fr/jcms/pprd\\_2982867/fr/jardiance-empagliflozine](https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2982867/fr/jardiance-empagliflozine)
- Hayes 2011** Hayes AJ, Clarke PM, Voysey M, Keech A. Simulation of quality-adjusted survival in chronic diseases: an application in type 2 diabetes. *Med Decis Making.* 2011 Jul-Aug;31(4):559-70.
- Hayes 2016** Hayes A, Arima H, Woodward M, Chalmers J, Poulter N, Hamet P, Clarke P. Changes in Quality of Life Associated with Complications of Diabetes: Results from the ADVANCE Study. *Value Health.* 2016 Jan;19(1):36-41.
- Herrington 2023** The EMPA-KIDNEY Collaborative Group. Empagliflozin in Patients with Chronic Kidney Disease. *N Engl J Med.* 2023;388(2):117-127. doi:10.1056/NEJMoa2204233
- Hunger 2012** Hunger M, Schunk M, Meisinger C, Peters A, Holle R. Estimation of the relationship between body mass index and EQ-5D health utilities in individuals with type 2 diabetes: evidence from the population-based KORA studies. *J Diabetes Complications.* 2012 Sep-Oct;26(5):413-8.
- Ishak 2013** Ishak KJ, Kreif N, Benedict A, Muszbek N. Overview of parametric survival analysis for health-economic applications. *Pharmacoeconomics.* 2013 Aug;31(8):663-75.
- Jankowska 2021** Jankowska A, Golicki D. EQ-5D-5L-based quality of life normative data for patients with self-reported diabetes in Poland. *PLoS One.* 2021 Sep 29;16(9):e0257998. doi: 10.1371/journal.pone.0257998. PMID: 34587218; PMCID: PMC8480847.
- Kaku 2019** Kaku K, Haneda M, Sakamaki H, et al. Cost-effectiveness Analysis of Empagliflozin in Japan Based on Results From the Asian subpopulation in the EMPA-REG OUTCOME Trial. *Clin Ther.* 2019;41(10):2021-2040.e11. doi:10.1016/j.clinthera.2019.07.016
- Kansal 2019** Kansal A, Reifsnider OS, Proskorovsky I, et al. Cost-effectiveness analysis of empagliflozin treatment in people with Type 2 diabetes and established cardiovascular disease in the EMPA-REG OUTCOME trial. *Diabet Med.* 2019;36(11):1494-1502. doi:10.1111/dme.14076
- Kiadaliri 2014** Kiadaliri AA, Gerdtham UG, Eliasson B, Gudbjörnsdóttir S, Svensson AM, Carlsson KS. Health utilities of type 2 diabetes-related complications: a cross-sectional study in Sweden. *Int J Environ Res Public Health.* 2014 May 7;11(5):4939-52.

Jardiance® (empagliflozyna) | u pacjentów z cukrzycą typu 2  
 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$   
 i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

- Kiadaliri 2015** Kiadaliri A.A., Eliasson B., Gerdtham U.-G. Does the choice of EQ-5D tariff matter? A comparison of the Swedish EQ-5D-3L index score with UK, US, Germany and Denmark among type 2 diabetes patients. *Health and Quality of Life Outcomes* 2015 13:1
- Kiberd 1995** Kiberd BA, Jindal KK. Screening to prevent renal failure in insulin dependent diabetic patients: an economic evaluation. *BMJ* 1995;311:1595–9
- Kontodimopoulos 2012** Kontodimopoulos N, Pappa E, Chadjiapostolou Z, Arvanitaki E, Papadopoulos AA, Niakas D. Comparing the sensitivity of EQ-5D, SF-6D and 15D utilities to the specific effect of diabetic complications. *Eur J Health Econ.* 2012 Feb;13(1):111-20.
- Li 2023** Li X, Hoogenveen R, El Alili M, Knies S, Wang J, Beulens JWJ, Elders PJM, Nijpels G, van Giessen A, Feenstra TL. Cost-Effectiveness of SGLT2 Inhibitors in a Real-World Population: A MICADO Model-Based Analysis Using Routine Data from a GP Registry. *Pharmacoeconomics* 2023; 41(10):1249-1262
- Lin 2022** Lin X, Lin M, Liu M, Huang W, Nie X, Chen Z, Zheng B. Cost-effectiveness of empagliflozin as a treatment for heart failure with reduced ejection fraction: an analysis from the Chinese healthcare perspective. *J Thorac Dis* 2022; 14(5):1588-1597
- Lung 2011** Lung TW, Hayes AJ, Hayen A, Farmer A, Clarke PM. A meta-analysis of health state valuations for people with diabetes: explaining the variation across methods and implications for economic evaluation. *Qual Life Res.* 2011 Dec;20(10):1669-78.
- Marso 2016** Marso SP, Daniels GH, Brown-Frandsen K, Kristensen P, Mann JF, Nauck MA, Nissen SE, Pocock S, Poulter NR, Ravn LS, Steinberg WM, Stockner M, Zinman B, Bergenstal RM, Buse JB; LEADER Steering Committee.; LEADER Trial Investigators. Liraglutide and Cardiovascular Outcomes in Type 2 Diabetes. *N Engl J Med.* 2016 Jul 28;375(4):311-22.
- Men 2020** Men P, Liu T, Zhai S. Empagliflozin in Type 2 Diabetes Mellitus Patients with High Cardiovascular Risk: A Model-Based Cost-Utility Analysis in China. *Diabetes Metab Syndr Obes.* 2020;13:2823-2831. doi:10.2147/DMSO.S266901
- Mok 2021** Mok CH, Kwok HHY, Ng CS, Leung GM, Quan J. Health State Utility Values for Type 2 Diabetes and Related Complications in East and Southeast Asia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Value in Health.* 2021;24(7):1059-1067. doi:10.1016/j.jval.2020.12.019
- MZ 17/06/2024** Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17 czerwca 2024 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 lipca 2024 r.
- MZ 24/10/2023** Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 października 2023 r. w sprawie minimalnych wymagań, jakie muszą spełniać analizy uwzględnione we wnioskach o objęcie refundacją i ustalenie ceny zbytu netto, o objęcie refundacją i ustalenie ceny zbytu netto technologii lekowej o wysokiej wartości klinicznej oraz o podwyższenie ceny zbytu netto leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobu medycznego, które nie mają odpowiednika refundowanego w danym wskazaniu.
- Nguyen 2018** Nguyen E, Coleman CI, Nair S, Weeda ER. Cost-utility of empagliflozin in patients with type 2 diabetes at high cardiovascular risk. *J Diabetes Complications.* 2018;32(2):210-215. doi:10.1016/j.jdiacomp.2017.10.006
- Nguyen 2023** Nguyen B-N, Mital S, Bugden S, Nguyen HV. Cost-effectiveness of dapagliflozin and empagliflozin for treatment of heart failure with reduced ejection fraction. *Int J Cardiol* 2023; 376:83-89
- NICE 2015** National Institute for Health and Care Excellence. Type 2 diabetes in adults: management. Clinical Guideline Update. June 2015. Dostęp on-line pod adresem: <https://www.nice.org.uk/guidance/ta336>. Data ostatniego dostępu: 26.07.2024 r.
- NICE TSU TSD21** NICE DSU Technical Support Document 21: Flexible Methods For Survival Analysis Report By The Decision Support Unit. 23 January 2020. Dostępny on-line pod adresem:

Jardiance® (empagliflozyna) u pacjentów z cukrzycą typu 2 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7\%$  i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym



- <https://nicedsu.sites.sheffield.ac.uk/tsds/flexible-methods-for-survival-analysis-tds>  
Data ostatniego dostępu: 26.07.2024 r.
- Nilsson 2023** Nilsson K, Andersson E, Persson S, Karlsdotter K, Skogsberg J, Gustavsson S, Jendle J, Steen Carlsson K. Model-based predictions on health benefits and budget impact of implementing empagliflozin in people with type 2 diabetes and established cardiovascular disease. *Diabetes Obes Metab* 2023; 25(3):748-757
- Niño-de-Guzmán 2023** Niño-de-Guzmán E, Bracchiglione J, Vásquez-Mejía A, de Graaf G, Rocha Calderón C, Alonso-Coello P. How Do Patients With Type 2 Diabetes Mellitus Value the Importance of Outcomes? An Overview of Reviews. *Value Health*. 2023 Dec;26(12):1782-1794. doi: 10.1016/j.jval.2023.07.003. Epub 2023 Jul 27. PMID: 37516195.
- O'Reilly 2011** O'Reilly DJ, Xie F, Pullenayegum E, Gerstein HC, Greb J, Blackhouse GK, Tarride JE, Bowen J, Goeree RA. Estimation of the impact of diabetes-related complications on health utilities for patients with type 2 diabetes in Ontario, Canada. *Qual Life Res*. 2011 Aug;20(6):939-43.
- PBAC 2014** Pharmaceutical Benefits Advisory Committee. EMPAGLIFLOZIN, oral tablet, 10 mg, 25 mg, Jardiance®, Boehringer Ingelheim Pty Ltd. Public Summary Document— July 2014 PBAC Meeting. Dostęp on-line pod adresem: <https://www.pbs.gov.au/pbs/industry/listing/elements/pbac-meetings/psd>  
Data ostatniego dostępu: 26.07.2024 r.
- PBAC 2015** Pharmaceutical Benefits Advisory Committee (PBAC). Public Summary Document – November 2015 PBAC Meeting. EMPAGLIFLOZIN oral film coated tablets, 10 mg and 25 mg. Dostęp on-line pod adresem: <https://www.pbs.gov.au/pbs/industry/listing/elements/pbac-meetings/psd>  
Data ostatniego dostępu: 26.07.2024 r.
- Peasah 2023** Peasah SK, Huang Y, Palli SR, Swart EC, Donato BM, Pimple P, Bovier J, Manolis C, Good CB. Real-world impact of empagliflozin on total cost of care in adults with type 2 diabetes: Results from an outcomes-based agreement. *J Manag Care Spec Pharm*. 2023 Feb;29(2):152-160. doi: 10.18553/jmcp.2023.29.2.152. PMID: 36705285; PMCID: PMC10387982.
- PTD 2023** Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2023. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. Dostępne on-line pod adresem: <https://ptdiab.pl/zalecenia-ptd/zalecania-aktywni-czlonkowie-2023>
- Pulleyblank 2023** Pulleyblank R, Larsen NB. Cost-Effectiveness of Semaglutide vs. Empagliflozin, Canagliflozin, and Sitagliptin for Treatment of Patients with Type 2 Diabetes in Denmark: A Decision-Analytic Modelling Study. *Pharmacoecon Open*. 2023 Jul;7(4):579-591. doi: 10.1007/s41669-023-00416-z. Epub 2023 May 13. PMID: 37178435; PMCID: PMC10333151.
- Ramos 2019** Ramos M, Foos V, Ustyugova A, Hau N, Gandhi P, Lamotte M. Cost-Effectiveness Analysis of Empagliflozin in Comparison to Sitagliptin and Saxagliptin Based on Cardiovascular Outcome Trials in Patients with Type 2 Diabetes and Established Cardiovascular Disease. *Diabetes Ther*. 2019;10(6):2153-2167. doi:10.1007/s13300-019-00701-3
- Ramos 2020** Ramos M, Ustyugova A, Hau N, Lamotte M. Cost-effectiveness of empagliflozin compared with liraglutide based on cardiovascular outcome trials in Type II diabetes. *J Comp Eff Res*. 2020;9(11):781-794. doi:10.2217/ce-2020-0071
- Ramos 2021** Ramos M, Men P, Wang X, Ustyugova A, Lamotte M. Cost-effectiveness of empagliflozin in patients with type 2 diabetes and established cardiovascular disease in China. *Cost Eff Resour Alloc*. 2021;19(1):46. doi:10.1186/s12962-021-00299-z
- Redenz 2023** Redenz G, Ibaceta MC, Aceituno D, Balmaceda C, Espinoza MA. Health State Utility Values of Type 2 Diabetes Mellitus and Related Complications: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Value Health Reg Issues*. 2023 Mar;34:14-22. doi: 10.1016/j.vhri.2022.09.005. Epub 2022 Nov 11. PMID: 36371899.

Jardiance® (empagliflozyna) u pacjentów z cukrzycą typu 2 leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq$ 7% i z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym



- Reifsnider 2020** Reifsnider OS, Kansal AR, Franke J, et al. Cost-effectiveness of empagliflozin in the UK in an EMPA-REG OUTCOME subgroup with type 2 diabetes and heart failure. *ESC Heart Failure*. 2020;7(6):3910-3918. doi:10.1002/ehf2.12985
- Reifsnider 2021** Reifsnider O, Kansal A, Pimple P, Aponte-Ribero V, Brand S, Shetty S. Cost-effectiveness analysis of empagliflozin versus sitagliptin as second-line therapy for treatment in patients with type 2 diabetes in the United States. *Diabetes Obes Metab*. 2021;23(3):791-799. doi:10.1111/dom.14268
- Reifsnider 2021a** Reifsnider OS, Kansal AR, Gandhi PK, et al. Cost-effectiveness of empagliflozin versus canagliflozin, dapagliflozin, or standard of care in patients with type 2 diabetes and established cardiovascular disease. *BMJ Open Diabetes Res Care*. 2021;9(1):e001313. doi:10.1136/bmjdr-2020-001313
- Reifsnider 2022** Reifsnider OS, Kansal AR, Wanner C, et al. Cost-Effectiveness of Empagliflozin in Patients With Diabetic Kidney Disease in the United States: Findings Based on the EMPA-REG OUTCOME Trial. *Am J Kidney Dis*. 2022;79(6):796-806. doi:10.1053/j.ajkd.2021.09.014
- Reifsnider 2022a** Reifsnider OS, Pimple P, Brand S, Bergrath Washington E, Shetty S, Desai NR. Cost-effectiveness of second-line empagliflozin versus liraglutide for type 2 diabetes in the United States. *Diabetes Obes Metab*. 2022;24(4):652-661. doi:10.1111/dom.14625
- Salem 2021** Salem A, Men P, Ramos M, Zhang YJ, Ustyugova A, Lamotte M. Cost-effectiveness analysis of empagliflozin compared with glimepiride in patients with Type 2 diabetes in China. *J Comp Eff Res*. 2021 Apr;10(6):469-480. doi: 10.2217/ce-2020-0284. Epub 2021 Feb 12. PMID: 33576249.
- Scirica 2013** Scirica BM, Bhatt DL, Braunwald E, Steg PG, Davidson J, Hirshberg B, Ohman P, Frederich R, Wiviott SD, Hoffman EB, Cavender MA, Udell JA, Desai NR, Mosenzon O, McGuire DK, Ray KK, Leiter LA, Raz I; SAVOR-TIMI 53 Steering Committee and Investigators. Saxagliptin and cardiovascular outcomes in patients with type 2 diabetes mellitus. *N Engl J Med*. 2013 Oct 3;369(14):1317-26.
- SMC 2014** Scottish Medicines Consortium. Empagliflozin 10mg and 25mg tablet (Jardiance®) SMC No. (993/14); 05 September 2014. Dostęp on-line pod adresem: <https://www.scottishmedicines.org.uk/medicines-advice/empagliflozin-jardiance-fullsubmission-99314/>  
Data ostatniego dostępu: 26.07.2024 r.
- Sullivan 2016** Sullivan PW, Ghushchyan VH. EQ-5D Scores for Diabetes-Related Comorbidities. *Value Health*. 2016 Dec;19(8):1002-1008.
- Tan 2024** Tan MHP, Ong SC, Tahir NAM, Ali AM, Mustafa N. Health state utility values ranges across varying stages and severity of type 2 diabetes-related complications: A systematic review. *PLoS One*. 2024 Apr 4;19(4):e0297589. doi: 10.1371/journal.pone.0297589. PMID: 38574169; PMCID: PMC10994347.
- Thomsen 2022** Thomsen RW, Christensen LWB, Kahlert J, Knudsen JS, Ustyugova A, Sandgaard S, Holmgaard P, Ehlers LH, Sørensen HT. Healthcare Resource Utilization and Costs for Empagliflozin Versus Glucagon-Like Peptide-1 Receptor Agonists in Routine Clinical Care in Denmark. *Diabetes Ther*. 2022 Dec;13(11-12):1891-1906. doi: 10.1007/s13300-022-01323-y. Epub 2022 Oct 31. PMID: 36315384; PMCID: PMC9663772.
- UKPDS 1998** UK Prospective Diabetes Study Group. Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes: UKPDS 38. *BMJ*. 1998 Sep 12; 317(7160): 703-713.
- UR NFZ 18/2024/IV** Uchwała Nr 18/2024/IV Rady NFZ z dnia 2 lipca 2024 r. w sprawie przyjęcia okresowego sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za I kwartał 2024 r. <https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/uchwaly-rady-nfz/uchwala-nr-182024iv,6668.html>

- Ustawa 2023** Ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 r. o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz niektórych innych ustaw.
- Valentine 2024** Valentine WJ, Norrbacka K, Boye KS. Utilities for Complications Associated with Type 2 Diabetes: A Review of the Literature. *Adv Ther.* 2024 Jul;41(7):2655-2681. doi: 10.1007/s12325-024-02878-x. Epub 2024 May 21. PMID: 38771477; PMCID: PMC11213775.
- Wasserfallen 2004** Wasserfallen JB, Halabi G, Saudan P, Perneger T, Feldman HI, Martin PY, Wauters JP. Quality of life on chronic dialysis: comparison between haemodialysis and peritoneal dialysis. *Nephrol Dial Transplant.* 2004 Jun;19(6):1594-9. Epub 2004 Mar 5.
- Wermeling 2012** Wermeling PR, Gorter KJ, van Stel HF, Rutten GE. Both cardiovascular and non-cardiovascular comorbidity are related to health status in well-controlled type 2 diabetes patients: a cross-sectional analysis. *Cardiovasc Diabetol.* 2012 Oct 5;11:121.
- White 2013** White WB, Cannon CP, Heller SR, Nissen SE, Bergenstal RM, Bakris GL, Perez AT, Fleck PR, Mehta CR, Kupfer S, Wilson C, Cushman WC, Zannad F; EXAMINE Investigators. Alogliptin after acute coronary syndrome in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med.* 2013 Oct 3;369(14):1327-35.
- Zheng 2022** Zheng J, Parizo JT, Spertus JA, Heidenreich PA, Sandhu AT. Cost-effectiveness of Empagliflozin in Patients With Heart Failure With Preserved Ejection Fraction. *JAMA Intern Med* 2022; 182(12):1278-1288
- Zinman 2015** Zinman B, Wanner C, Lachin JM, et al. Empagliflozin, Cardiovascular Outcomes, and Mortality in Type 2 Diabetes. *N Engl J Med.* 2015;373(22):2117-2128. doi:10.1056/NEJMoa1504720.
- Zupa 2021** Zupa MF, Codario RA, Smith KJ. Cost-effectiveness of empagliflozin versus weekly semaglutide as add-on therapy for Type 2 diabetes. *J Comp Eff Res.* 2021 Oct;10(15):1133-1141. doi: 10.2217/cer-2021-0016. Epub 2021 Sep 7. PMID: 34490786; PMCID: PMC8656343.