



IGNORANTIA NOCET

Ebglyss[®] (lebrykizumab) w leczeniu atopowego zapalenia skóry

Analiza ekonomiczna
Wersja 1.1

Wykonawca:
MAHTA sp. z o. o.
ul. Modra 90/111
02-661 Warszawa
Tel. biuro: +48 533 399 146
E-mail: biuro@mahta.pl

Przygotowano dla:
Almirall Sp. z o.o.

Warszawa, 24.01.2025 r.

Osoby do kontaktu:

Cezary Pruszko

tel.: +48 602 10 44 55
cezary.pruszko@mahta.pl

Michał Jachimowicz

tel.: +48 608 555 595
michal.jachimowicz@mahta.pl

MAHTA Sp. z o.o.

Warszawa 02-661
ul. Modra 90/111

zarejestrowana w Sądzie
Rejonowym dla m.st. Warszawy,
XIII Wydział Gospodarczy
Krajowego Rejestru Sądowego

KRS: 0000331173
NIP: 521-352-90-98
REGON: 141874221

Kapitał zakładowy:
5 000,00 PLN
opłacony w pełnej wysokości

nr rachunku bankowego:
mBank
35 1140 2017 0000 4702 1008 6223

Analiza została zaktualizowana 24 stycznia 2025 roku w związku z uwagami zawartymi w piśmie OT.423.1.73.2024.4.PZ. Pierwotnie analiza została zakończona 5 lipca 2024 roku.

Autorzy	Wykonywane zadania
[Redacted]	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Koncepcja analizy; ⊗ Kontrola jakości.
[Redacted]	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Koncepcja analizy; ⊗ Kontrola jakości; ⊗ Modelowanie; ⊗ Wnioski i dyskusja; ⊗ Gromadzenie i opracowanie danych wejściowych do modelu; ⊗ Analiza wrażliwości; ⊗ Opracowanie wyników; ⊗ Identyfikacja i opracowanie ograniczeń analizy; ⊗ Przegląd systematyczny do jakości życia i innych analiz ekonomicznych.
[Redacted]	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Gromadzenie i opracowanie danych wejściowych do modelu; ⊗ Analiza wrażliwości; ⊗ Przegląd systematyczny badań do oceny jakości życia i innych analiz ekonomicznych.

Zgodnie z procedurami firmy MAHTA Sp. z o.o. raport został poddany wewnętrznej kontroli jakości, korekcie językowej oraz kontroli merytorycznej przez Cezarego Pruszko i Michała Jachimowicza.

Konflikt interesów:

Raport wykonano na zlecenie firmy Almirall Sp. z o.o., która finansowała pracę.

Autorzy nie mieli innego rodzaju konfliktu interesów.

Spis treści

Indeks skrótów	6
Streszczenie	8
1. Cel i zakres analizy ekonomicznej.....	16
2. Strategia analityczna.....	18
3. Perspektywa	19
4. Technika analityczna.....	20
5. Modelowanie.....	22
5.1. Struktura modelu.....	22
5.2. Prawdopodobieństwa przejść między stanami w modelu	30
5.3. Jakość życia w modelu.....	34
5.4. Horyzont czasowy w modelu	36
5.5. Dyskontowanie.....	37
6. Analiza kosztów.....	38
6.1. Koszty leków	39
6.1.1. Koszty leków stosowanych w Programie lekowym B.124	39
6.1.2. Koszty leczenia wspomagającego.....	44
6.1.3. Koszty leczenia zaostrzeń choroby	46
6.1.4. Zestawienie kosztów leków	48
6.2. Koszty podania leków.....	49
6.3. Koszty kwalifikacji do leczenia w programie lekowym.....	50

6.4. Koszty monitorowania leczenia	52
6.5. Podsumowanie kosztów różniących	53
7. Założenia i dane wejściowe	56
8. Wyniki analizy	70
8.1. Analiza minimalizacji kosztów	70
8.2. Analiza kosztów-użyteczności	73
8.3. Analiza CUR	78
9. Jednokierunkowa analiza wrażliwości i analiza scenariuszy	81
10. Wielokierunkowa analiza wrażliwości	85
10.1. Wyniki wielokierunkowej analizy wrażliwości w formie ilościowej.....	87
10.2. Wyniki wielokierunkowej analizy wrażliwości w formie jakościowej (graficznej)	92
11. Walidacja modelu	93
11.1. Walidacja wewnętrzna.....	93
11.2. Walidacja konwergencji.....	96
11.3. Walidacja zewnętrzna	96
12. Ograniczenia.....	97
13. Podsumowanie i wnioski końcowe	100
14. Dyskusja	102
15. Załączniki	103
15.1. Przegląd systematyczny badań do oceny jakości życia chorych	103
15.1.1. Kryteria włączenia i wykluczenia badań do oceny jakości życia chorych	103
15.1.2. Strategia wyszukiwania	103

15.1.3. Selekcja badań.....	104
15.1.4. Publikacje do oceny jakości życia chorych odnalezione na podstawie przeglądu systematycznego i włączone do analizy	106
15.1.5. Metodyka włączonych badań do oceny jakości życia chorych	106
15.2. Przegląd systematyczny innych analiz ekonomicznych wykonanych w Polsce lub za granicą	108
15.2.1. Kryteria włączenia i wykluczenia innych analiz ekonomicznych.....	108
15.2.2. Strategia wyszukiwania	109
15.2.3. Selekcja badań.....	109
15.2.4. Inne analizy ekonomiczne odnalezione na podstawie przeglądu systematycznego i włączone do niniejszej analizy	112
15.2.5. Metodyka włączonych publikacji prezentujących wyniki innych analiz ekonomicznych.....	112
15.3. Sprawdzenie zgodności analizy z minimalnymi wymaganiami opisanymi w <i>Rozporządzeniu MZ w sprawie minimalnych wymagań</i>	113
15.4. Wyniki analizy wrażliwości i analizy scenariuszy	116
15.5. Wyniki wielokierunkowej analizy wrażliwości w formie graficznej	276
16. Spis tabel	300
17. Spis rysunków	308
18. Bibliografia.....	314

Indeks skrótów

Skrót	Rozwinięcie
ABR	abrocycynib
AIAT	ang. <i>alanine transaminase</i> – aminotransferaza alaninowa
AOTMiT	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
AspAT	ang. <i>asparagine aminotransferase</i> – aminotransferaza asparaginowa
AWW	analiza wrażliwości wielokierunkowa
AZS	atopowe zapalenie skóry
b.d.	brak danych
BAR	barycycynib
BSC	ang. <i>best supportive care</i> – najlepsze leczenie wspomagające
CCA	ang. <i>cost-consequences analysis</i> – analiza kosztów-konsekwencji
CDLQI	ang. <i>Children's Dermatology Life Quality Index</i> – dziecięcy wskaźnik jakości życia zależny od dolegliwości skórnych
CEA	ang. <i>cost-effectiveness analysis</i> – analiza kosztów-efektywności
CEAC	ang. <i>cost-effectiveness acceptability curve</i> – krzywe opłacalności kosztowej
ChPL	Charakterystyka Produktu Leczniczego
CMA	ang. <i>cost-minimisation analysis</i> – analiza minimalizacji kosztów
CRP	ang. <i>C-reactive protein</i> – białko C-reaktywne
CUA	ang. <i>cost-utility analysis</i> – analiza kosztów-użyteczności
CUR	ang. <i>cost-utility ratio</i> – współczynnik kosztów-użyteczności
CZN	cena zbytu netto
DLQI	ang. <i>Dermatology Life Quality Index</i> – wskaźnik jakości życia zależny od dolegliwości skórnych
DUP	dupilumab
EAN	ang. <i>European Article Number</i> – Europejski Kod Towarowy
EASI	ang. <i>Eczema Area and Severity Index</i> – wskaźnik obszaru i nasilenia wyprysku
EKG	elektrokardiografia
EMA	ang. <i>European Medicines Agency</i> – Europejska Agencja Leków, dawniej używanym skrótem jest EMEA
EQ-5D	ang. <i>European Quality of Life-5 Dimensions</i> – europejski kwestionariusz do oceny jakości życia w 5 aspektach
HBs	ang. <i>hepatitis B</i> – antygen wirusowego zapalenia wątroby typu B
HCG	ang. <i>human chorionic gonadotropin</i> – ludzka gonadotropina kosmówkowa
HCV	ang. <i>hepatitis C virus</i> – wirus zapalenia wątroby typu C
HDL	ang. <i>high density lipoprotein</i> – lipoproteina o wysokiej gęstości
HIV	ang. <i>human immunodeficiency virus</i> – ludzki wirus niedoboru odporności
HTA	ang. <i>health technology assessment</i> – ocena technologii medycznych
ICER	ang. <i>incremental cost-effectiveness ratio</i> – współczynnik kosztów-efektywności

Skrót	Rozwinięcie
ICUR	ang. <i>incremental cost-utility ratio</i> – inkrementalny współczynnik kosztów-użyteczności
IGA	ang. <i>Investigators' Global Assessment</i> – globalna ocena badacza
IL	interleukina
JAK	ang. <i>Janus-activated kinases</i> – kinazy Janusowe
LDL	ang. <i>low density lipoprotein</i> – lipoproteina o niskiej gęstości
LEB	lebrykizumab
LYG	ang. <i>life years gained</i> – zyskane lata życia
MACE	ang. <i>major adverse cardiovascular events</i> – ciężkie niepożądane zdarzenia sercowo-naczyniowe
MAIC	ang. <i>matching-adjusted indirect comparison</i> – porównanie pośrednie z korektą dopasowania
MZ	Minister Zdrowia
n/d	nie dotyczy
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
NICE	ang. <i>National Institute for Health and Care Excellence</i> – Brytyjska Agencja Oceny Technologii Medycznych
NMA	ang. <i>network meta-analysis</i> – metaanaliza sieciowa
OB	odczyn Biernackiego
OR	ang. <i>odds ratio</i> – iloraz szans
PCR	ang. <i>polymerase chain reaction</i> – łańcuchowa reakcja polimerazy
PICO	ang. <i>population, intervention, comparison, outcome</i> – populacja, interwencja, komparatory, wyniki/punkty końcowe
PKB	produkt krajowy brutto
PL	program lekowy
PLN	polski złoty
PO-SCORAD	ang. <i>Patient-Oriented SCORing of Atopic Dermatitis</i> – skala oceniająca nasilenie procesu chorobowego w AZS
PRISMA	ang. <i>Preferred Reporting Items of Systematic reviews and Meta-Analyses</i> – preferowany sposób raportowania wyników przeglądów systematycznych i metaanaliz
QALY	ang. <i>quality adjusted life years</i> – lata życia skorygowane o jakość
RTG	badanie rentgenowskie
RSS	ang. <i>risk sharing scheme</i> – schemat podziału ryzyka
SE	ang. <i>standard error</i> – błąd standardowy
TCI	ang. <i>topical calcineurin inhibitors</i> – miejscowe inhibitory kalcyneuryny
TCS	ang. <i>topical corticosteroids</i> – miejscowe kortykosteroidy
TRA	tralokinumab
UPA	upadacytynib
VTE	ang. <i>venous thromboembolism</i> – żylna choroba zakrzepowo-zatorowa
WHO	ang. <i>World Health Organization</i> – Światowa Organizacja Zdrowia

Streszczenie

CEL I ZAKRES ANALIZY

Celem analizy spełniającej wymogi formalne było określenie opłacalności stosowania w Polsce leku Ebglyss® (lebrykizumab) w leczeniu atopowego zapalenia skóry.

Populację docelową dla technologii wnioskowanej zgodnie z przedłożonym wnioskiem i *Analizą kliniczną* stanowią dorośli i młodzież w wieku ≥ 12 lat, z rozpoznaniem atopowym zapaleniem skóry o nasileniu od umiarkowanego do ciężkiego, kwalifikujący się do leczenia ogólnego. Populacja docelowa jest zawężona względem wskazania rejestracyjnego określonego w Charakterystyce Produktu Leczniczego Ebglyss®. Charakterystyka populacji docelowej została szczegółowo doprecyzowana zapisami wnioskowanego Programu Lekowego. Mając na uwadze różne zestawy komparatorów w ramach poszczególnych grup wiekowych oraz stopni nasilenia choroby, w analizie uwzględniono następujące podgrupy chorych:

- ⊗ dorosłych z ciężką postacią AZS ($EASI \geq 20$);
- ⊗ dzieci w wieku 12-17 lat z ciężką postacią AZS ($EASI \geq 20$);
- ⊗ dorosłych z umiarkowaną postacią AZS ($16 \leq EASI < 20$);
- ⊗ dzieci w wieku 12-17 lat z umiarkowaną postacią AZS ($16 \leq EASI < 20$).

Należy podkreślić, że zwłaszcza populacja chorych z umiarkowaną postacią AZS odznacza się szczególnie niekorzystnym rokowaniem. Dotychczas wykorzystywane leczenie podstawowe w postaci emolientów stosowanych razem z leczeniem miejscowym obejmującym glikokortykosteroidy i/lub inhibitory kalcyneuryny nie stanowi realnej opcji terapeutycznej dla chorych i nie może zostać uznane za satysfakcjonujące. Uzyskanie przez chorego wyniku w skali $EASI < 20$ uniemożliwia włączenie do programu lekowego. Oznacza to, że obecnie w Polsce tylko chorzy z ciężką postacią AZS posiadają w praktyce dostęp do leczenia, pomimo że istnieją opcje terapeutyczne zarejestrowane również w postaci umiarkowanej. Istnieje zatem wysoce niezaspokojona potrzeba medyczna finansowania opcji terapeutycznych również w umiarkowanej postaci AZS, na co odpowiedź stanowiłoby objęcie refundacją lebrykizumabu w pełnej populacji docelowej.

METODYKA

W analizie zgodnie z wnioskiem refundacyjnym uwzględniono, że lek po wydaniu pozytywnej decyzji refundacyjnej dostępny będzie w programie lekowym i wydawany będzie świadczeniobiorcy bezpłatnie. Uwzględniono ponadto finansowanie leku w oddzielnej grupie limitowej.

Biorąc pod uwagę obecną praktykę kliniczną, w analizie lebrykizumab porównano z komparatorami wskazanymi w *Analizie problemu decyzyjnego*, tj. w populacji:

- ⊕ dorosłych z wynikiem EASI ≥ 20 z: dupilumabem (DUP), upadacytynibem (UPA), barycytynibem (BAR), abrocytynibem (ABR), tralokinumabem (TRA);
- ⊕ dzieci w wieku 12-17 lat z wynikiem EASI ≥ 20 z: dupilumabem, upadacytynibem, tralokinumabem;
- ⊕ dorosłych z wynikiem $16 \leq \text{EASI} < 20$ z terapią standardową obejmującą leczenie podstawowe (w niniejszej analizie opisywane także jako najlepsze leczenie wspomagające i BSC, tj. emolienty stosowane razem z leczeniem miejscowym obejmującym glikokortykosteroidy i/lub inhibitory kalcyneuryny);
- ⊕ dzieci w wieku 12-17 lat z wynikiem $16 \leq \text{EASI} < 20$ z terapią standardową.

zdecydowano o przeprowadzeniu analizy ekonomicznej w tych porównaniach techniką minimalizacji kosztów polegającą na zestawieniu kosztów różniących dla ocenianej interwencji i komparatora przy braku różnic w wynikach zdrowotnych. Do oceny opłacalności stosowania lebrykizumabu względem komparatorów w pozostałych porównaniach wykonano analizę użyteczności kosztów. Jej wynikiem jest inkrementalny współczynnik kosztów-użyteczności, w którym miarą efektu zdrowotnego są lata życia skorygowane jego jakością. Oszacowanie efektów zdrowotnych badanych interwencji oparto na uwzględnionych w ramach *Analizy klinicznej* wynikach

Dodatkowo, zgodnie z art. 13. ust. 3. i 4. *Ustawy o refundacji* oraz *Rozporządzeniem MZ w sprawie minimalnych wymagań*, ponieważ w ramach *Analizy klinicznej* nie odnaleziono randomizowanych badań klinicznych wykazujących wyższą skuteczność technologii wnioskowanej od technologii dotychczas refundowanych w danym wskazaniu, obliczono wartości współczynników kosztów-użyteczności.

W celu wyznaczenia kosztów i efektów zdrowotnych opracowano strukturę obliczeniową łączącą w sobie elementy drzewa decyzyjnego oraz modelu Markowa. W modelu uwzględniono dane kosztowe oraz komparatory odpowiednie dla warunków polskiej praktyki klinicznej i struktury polskiego systemu ochrony zdrowia. W modelu tym, w celu oceny obciążenia finansowego związanego z chorobą, uwzględniono wszystkie istotne kategorie kosztów (uwzględniono wyłącznie kategorie kosztów różniących):

- ⊗ koszty leków (w Programie lekowym B.124);
- ⊗ koszty podania leków;
- ⊗ koszty najlepszego leczenia wspomagającego;
- ⊗ koszty leczenia zaostrzeń choroby;
- ⊗ koszty kwalifikacji do leczenia w programie lekowym;
- ⊗ koszty monitorowania leczenia.

Analizę przeprowadzono z perspektywy podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych (płatnik publiczny) oraz z perspektywy wspólnej płatnika publicznego i świadczeniobiorcy (pacjent) w dożywotnim (w populacjach dorosłych) oraz 6-letnim horyzoncie czasowym (w populacjach dzieci w wieku 12-17 lat).

W ramach analizy przeprowadzono analizę wrażliwości oraz analizę scenariuszy w zakresie parametrów związanych z największym błędem oszacowania lub największą niepewnością.

WYNIKI

Podstawowe wyniki analizy CMA

Kategoria	Dorośli z wynikiem EASI ≥ 20			Dzieci w wieku 12-17 lat z wynikiem EASI ≥ 20		
	LEB			LEB		
Perspektywa płatnika publicznego – z uwzględnieniem RSS						
Całkowity koszt różniący (PLN)						
Koszt inkrementalny vs komparator (PLN)						
Progowa CZN za opak. Ebglyss® (PLN)						
Perspektywa wspólna – z uwzględnieniem RSS						
Całkowity koszt różniący (PLN)						
Koszt inkrementalny vs komparator (PLN)						
Progowa CZN za opak. Ebglyss® (PLN)						
Perspektywa płatnika publicznego – bez uwzględnienia RSS						
Całkowity koszt różniący (PLN)						
Koszt inkrementalny vs komparator (PLN)	n/d	191 506,67	306 050,00	n/d	130 240,66	193 105,32
Progowa CZN za opak. Ebglyss® (PLN)						
Perspektywa wspólna – bez uwzględnienia RSS						
Całkowity koszt różniący (PLN)						
Koszt inkrementalny vs komparator (PLN)	n/d	191 506,67	306 050,00	n/d	130 240,66	193 105,32
Progowa CZN za opak. Ebglyss® (PLN)						

Wyniki przeprowadzonej jednokierunkowej analizy wrażliwości oraz analizy scenariuszy wskazują, że największy wpływ na wyniki analizy mają różne zestawy alternatywnych parametrów/scenariuszy w zależności od komparatora, zastosowanej techniki analitycznej czy analizowanej populacji. [REDACTED]

W wariantcie bez uwzględnienia instrumentu podziału ryzyka wnioskowanie z analizy nie ulega zmianie przy wyborze alternatywnych parametrów/scenariuszy.

PODSUMOWANIE I WNIOSKI

W analizie wykazano, że przy uwzględnieniu proponowanego przez Wnioskodawcę instrumentu podziału ryzyka wnioskowana technologia jest [REDACTED]

Zastosowanie lebrykizumabu związane jest z konkretnymi i istotnymi korzyściami zdrowotnymi, które obejmują [REDACTED]

[REDACTED] Należy przy tym zwrócić uwagę na fakt, że w obecnej sytuacji chorzy, którzy doświadczyli niepowodzenia leczenia w obecnie obowiązującym Programie lekowym B.124 z wykorzystaniem dostępnych technologii, pozbawieni są możliwości kontynuowania skutecznej terapii. Lebrykizumab jako nowa opcja terapeutyczna w leczeniu AZS o korzystnych wynikach skuteczności i odznaczająca się dobrym profilem bezpieczeństwa może stanowić odpowiedź na niezaspokojoną potrzebę leczniczą dla tych chorych. W przypadku pozostałej części populacji

docelowej (tj. chorych z wynikiem $16 \leq \text{EASI} < 20$), którzy nie mieli dotychczas dostępu do jakiegokolwiek aktywnej terapii, leczenie lebrykizumabem stanowiłoby jedyną realną opcję terapeutyczną.

Biorąc pod uwagę wagę problemu zdrowotnego, udowodnioną skuteczność leczenia oraz istnienie niezaspokojonej potrzeby medycznej finansowanie lebrykizumabu z budżetu płatnika publicznego należy uznać za zasadne. Dodatkowo Wnioskodawca gotowy jest obniżyć koszt terapii lekiem w ramach umowy podziału ryzyka (RSS).

Finansowanie lebrykizumabu u chorych we wnioskowanym wskazaniu przyczyni się do wprowadzenia nowego standardu postępowania terapeutycznego w leczeniu atopowego zapalenia skóry oraz przyczyni się do poprawy zależnej od zdrowia jakości życia chorych, co jest jednym z priorytetów zdrowotnych Ministerstwa Zdrowia [*Rozporządzenie MZ w sprawie priorytetów zdrowotnych*].

1. Cel i zakres analizy ekonomicznej

Celem analizy spełniającej wymogi formalne było określenie opłacalności stosowania w Polsce lebrykizumabu (Ebglyss®) w leczeniu chorych na atopowe zapalenie skóry.

Analizę ekonomiczną przeprowadzono zgodnie ze schematem PICO (populacja, interwencja, komparator, wyniki/punkty końcowe).

POPULACJA	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Dorośli i młodzież w wieku ≥ 12 lat, z rozpoznaniem atopowym zapaleniem skóry o nasileniu od umiarkowanego do ciężkiego, kwalifikujący się do leczenia ogólnego. Populacja docelowa jest zawężona względem wskazania rejestracyjnego określonego w Charakterystyce Produktu Leczniczego Ebglyss®. Charakterystyka populacji docelowej została szczegółowo doprecyzowana zapisami wnioskowanego Programu Lekowego.
INTERWENCJA	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ lebrykizumab (LEB).
KOMPARATORZY	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ w AZS o nasileniu ciężkim ($EASI \geq 20$): <ul style="list-style-type: none"> ⊕ dupilumab (DUP); ⊕ upadacytynib (UPA); ⊕ barycytynib (BAR); ⊕ abrocytynib (ABR); ⊕ tralokinumab (TRA); ⊕ w AZS o nasileniu umiarkowanym ($16 \leq EASI < 20$): <ul style="list-style-type: none"> ⊕ terapia standardowa.
WYNIKI	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ koszty interwencji medycznych wyrażone w polskich złotych (PLN); ⊕ efekty zdrowotne mierzono za pomocą: <ul style="list-style-type: none"> ⊕ odpowiedź na leczenie; ⊕ lata życia skorygowane o jakość.

Analiza ekonomiczna została oparta na wynikach przeglądu systematycznego, dotyczącego skuteczności i bezpieczeństwa porównywanych interwencji w leczeniu wnioskowanej populacji [*Analiza kliniczna*].

Szczegółowe uzasadnienie wyboru komparatorów oraz pełną charakterystykę ocenianych interwencji przedstawiono w *Analizie problemu decyzyjnego* i *Analizie klinicznej*.

3. Perspektywa

Zgodnie z *Rozporządzeniem MZ w sprawie minimalnych wymagań*, jakie muszą spełniać analizy ekonomiczne, analiza została przeprowadzona w dwóch wariantach:

- ⊕ z perspektywy podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych (zgodnie z art. 14 *Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej* jest nim płatnik publiczny, czyli Narodowy Fundusz Zdrowia);
 - ⊕ z perspektywy wspólnej podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych oraz świadczeniobiorcy (tj. pacjenta).
-

medycznej, w rozumieniu ustawy o świadczeniach, dotychczas finansowanej ze środków publicznych, o najkorzystniejszym współczynniku uzyskiwanych efektów zdrowotnych do kosztów ich uzyskania. Oszacowania te dotyczą populacji z wynikiem EASI ≥ 20 .

Wybór techniki analitycznej determinuje sposób kalkulacji ceny progowej. W przypadku analizy CUA cena progowa oznacza taką cenę zbytu netto wnioskowanej technologii, przy której koszt uzyskania dodatkowego roku życia skorygowanego o jakość w wyniku zastąpienia technologii opcjonalnych wnioskowaną, jest równy wysokości progu określonego na podstawie *Ustawy o refundacji*. Próg ten (nazywany dalej zamiennie progiem opłacalności) zdefiniowano jako trzykrotność Produktu Krajowego Brutto (PKB) na jednego mieszkańca (w rozumieniu *Ustawy o sposobie obliczania wartości rocznego produktu krajowego brutto*). Określono, że zgodnie z *Obwieszczeniem Prezesa GUS* PKB per capita wyniosło w Polsce 72 547 PLN, a tym samym wysokość progu opłacalności wynosi w Polsce obecnie **217 641 PLN**. W przypadku analizy CMA cena progowa oznacza taką cenę zbytu netto wnioskowanej technologii, przy której różnica pomiędzy kosztem stosowania technologii wnioskowanej a kosztem stosowania technologii opcjonalnej jest równa zero.

5. Modelowanie

W celu porównania opłacalności stosowania technologii wnioskowanej względem komparatorów w rozpatrywanym wskazaniu skonstruowano model łączącą w sobie elementy drzewa decyzyjnego oraz modelu Markowa. W modelu tym uwzględniono dane kosztowe oraz komparatory odpowiednie dla warunków polskiej praktyki klinicznej i struktury polskiego systemu ochrony zdrowia.

5.1. Struktura modelu

Wytyczne AOTMiT wskazują, że struktura modelu wykorzystywanego w analizie ekonomicznej powinna być prosta, ale jednocześnie model musi odpowiadać problemowi zdrowotnemu i musi być zgodny z ogólnie akceptowaną wiedzą na temat przebiegu modelowanej choroby. W modelu uwzględnić należy wszystkie komparatory dla ocenianej interwencji (alternatywne technologie medyczne stosowane w danym wskazaniu).

Model wykonano w ok. [REDACTED] horyzoncie czasowym w populacjach dorosłych chorych oraz w 6-letnim horyzoncie czasowym w przypadku populacji dzieci w wieku 12-17 lat. W związku z tym, że zróżnicowany efekt zdrowotny porównywanych terapii wynikający ze zróżnicowanych prawdopodobieństw przejść pomiędzy stanami utrzymuje się przez całe życie chorego, w analizie ekonomicznej przyjęto taką długość horyzontu czasowego, która pozwala w pełni uchwycić efekt inkrementalny pomiędzy porównywanymi technologiami w uwzględnianej populacji docelowej.

Do wykonania modelu wykorzystano program MS Excel.

Populacja chorych w modelu odzwierciedla kohortę z badania klinicznego ADvantage, w ramach którego porównano skuteczność lebrykizumabu względem placebo w leczeniu atopowego zapalenia skóry. Średni wiek w badaniu wynosił [REDACTED] jednakże na podstawie danych o liczbie dorosłych i młodzieży (oraz przy założeniu, że średni wiek młodzieży uczestniczącej w badaniu wynosi 15 lat) oszacowano średni wiek w populacji dorosłych na poziomie [REDACTED] który też przyjęto w modelowaniu. W przypadku dzieci w wieku 12-17 lat założono najniższy dopuszczalny w analizowanej populacji wiek wejścia do modelu na poziomie 12 lat (w analizie wrażliwości testowano wartość wyznaczoną w połowie przedziału wiekowego, tj. 15 lat). W modelu uwzględniono także odsetki chorych ze względu na płeć wyznaczone na podstawie danych z Programu lekowego B.124 za lata 2021-2022 ze *Statystyk*

NFZ (w analizie wrażliwości testowano wartość z badania ADvantage) w celu uzyskania bardziej precyzyjnych oszacowań dotyczących śmiertelności w analizowanej populacji. Początkową charakterystykę chorych w modelu przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela 1.
Początkowa charakterystyka chorych w modelu

Parametr	Wartość	Źródło
Wiek wejścia do modelu - populacja dorosłych (lata)	█	█
Wiek wejścia do modelu - populacja dzieci (lata)	12,0	Założenie
Odsetek mężczyzn	51,2%	Statystyki NFZ

█

█

█

█

█

⊕ █

█

⊕ █

█

⊕ █

█

█

Zmiana pomiędzy stanami zachodzić mogła w cyklach 13-tygodniowych (3-miesięcznych) (zgodnie z częstotliwością kolejnych monitorowań skuteczności leczenia w Programie lekowym B.124) w horyzoncie dożywotnim w populacji dorosłych oraz 6-letnim w populacji

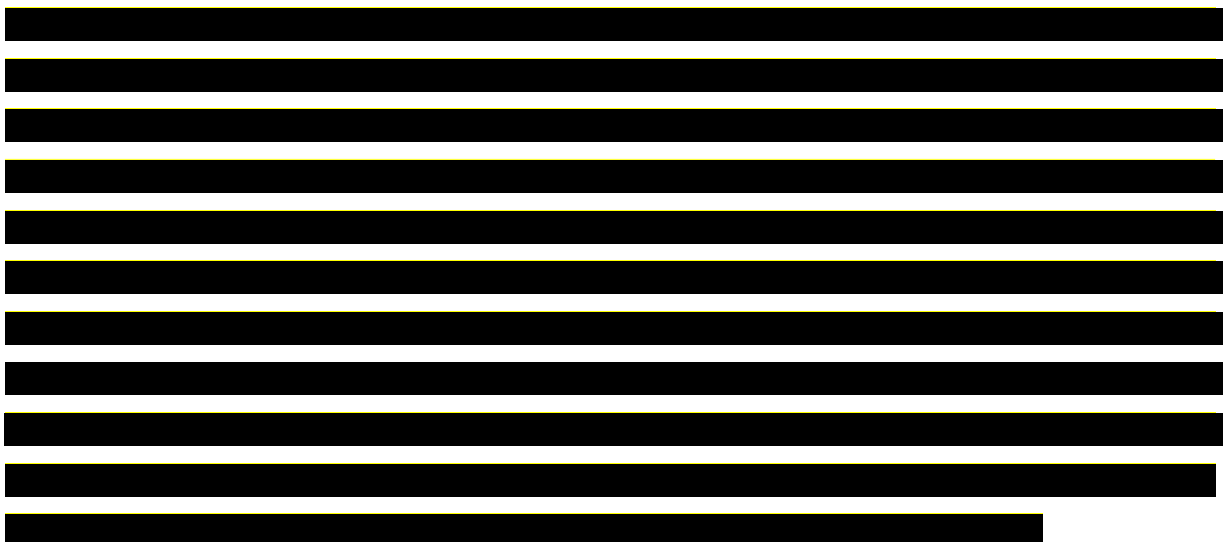
¹ Należy zauważyć, że zgodnie z zapisami wnioskowanego programu lekowego oraz *Programu lekowego B.124* wśród kryteriów koniecznych do stwierdzenia braku adekwatnej odpowiedzi na leczenie poza nieosiągnięciem odpowiedzi EASI 50 znajduje się również nieuzyskanie poprawy jakości życia ocenionej za pomocą skali DLQI o minimum 4 punkty w stosunku do wartości początkowych z kwalifikacji. █

█

█

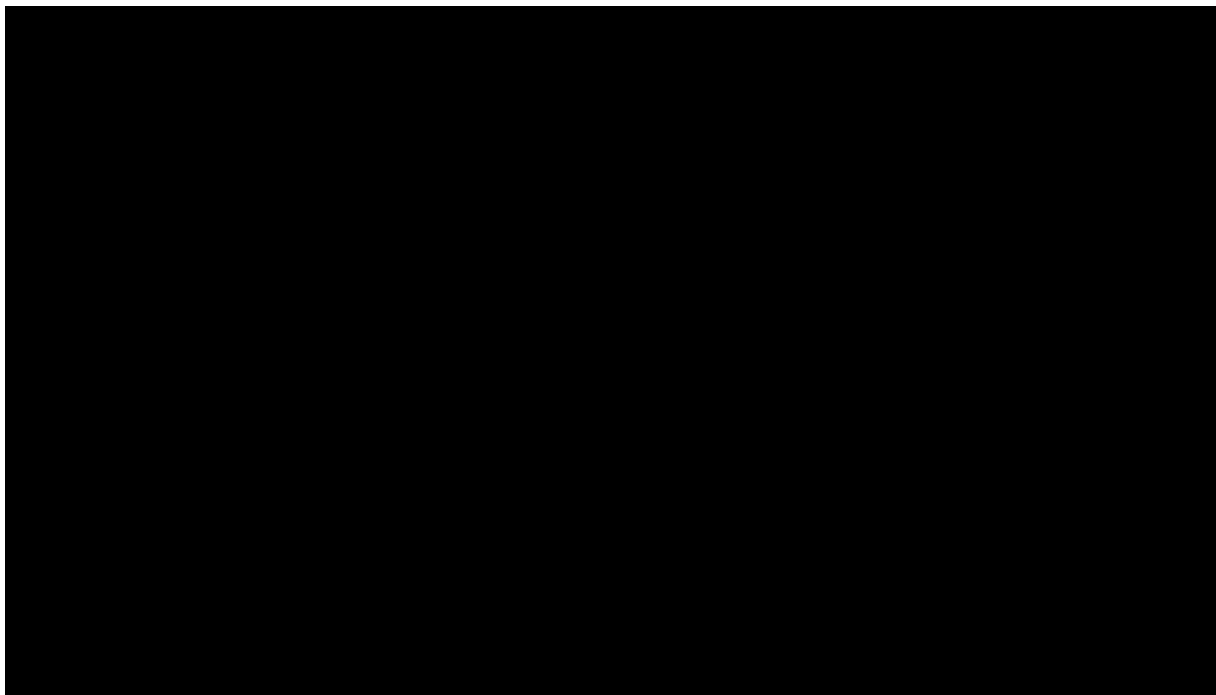
dzieci w wieku 12-17 lat. Jedynie długość pierwszego cyklu leczenia daną terapią została ustalona na 16 tygodni zgodnie z przyjętym w programie okresem od rozpoczęcia leczenia, po którym dokonuje się pierwszego monitorowania skuteczności danej terapii. Długość drugiego cyklu leczenia została natomiast w analizie podstawowej ustalona na 10 tygodni, ponieważ zgodnie z zapisami *Programu lekowego B.124* drugie monitorowanie skuteczności danej terapii dokonuje się po 26 tygodniach od rozpoczęcia leczenia. Jednocześnie jednak w *Programie lekowym B.124* funkcjonuje zapis, iż po pierwszym monitorowaniu kolejne badania wykonuje się co 3 miesiące, co sugerowałoby 13-tygodniowy odstęp od pierwszego monitorowania, w związku z czym w analizie wrażliwości testowano także 13-tygodniową długość drugiego cyklu leczenia daną terapią.

W analizie nie uwzględniono korekty połowy cyklu dla oszacowań kosztowych, ponieważ w pierwszych cyklach modelu, w których generowany jest głównie koszt różniący terapii, chory może zmieniać linie leczenia po wizytach monitorujących skuteczność leczenia, których częstotliwość jest spójna z długością cykli w modelu (innymi słowy chory może kończyć bądź zmieniać terapię pomiędzy kolejnymi cyklami, a nie w środku cyklu; w związku z tym zastosowanie korekty połowy cyklu w analizie nie jest uzasadnione, ponieważ prowadziłoby do otrzymywania zaniżonych oszacowań kosztowych). W przypadku jakości życia następują natomiast ciągle zmiany w czasie (szczególnie w pierwszym cyklu leczenia daną substancją, kiedy następuje główny efekt działania nowej terapii), w związku z tym wynik zdrowotny szacowany jest z uwzględnieniem korekty połowy cyklu. Korekta polega na uwzględnieniu jakości życia nie dla odsetka chorych w danym stanie na początku cyklu a dla obliczonej średniej z początku i końca cyklu.

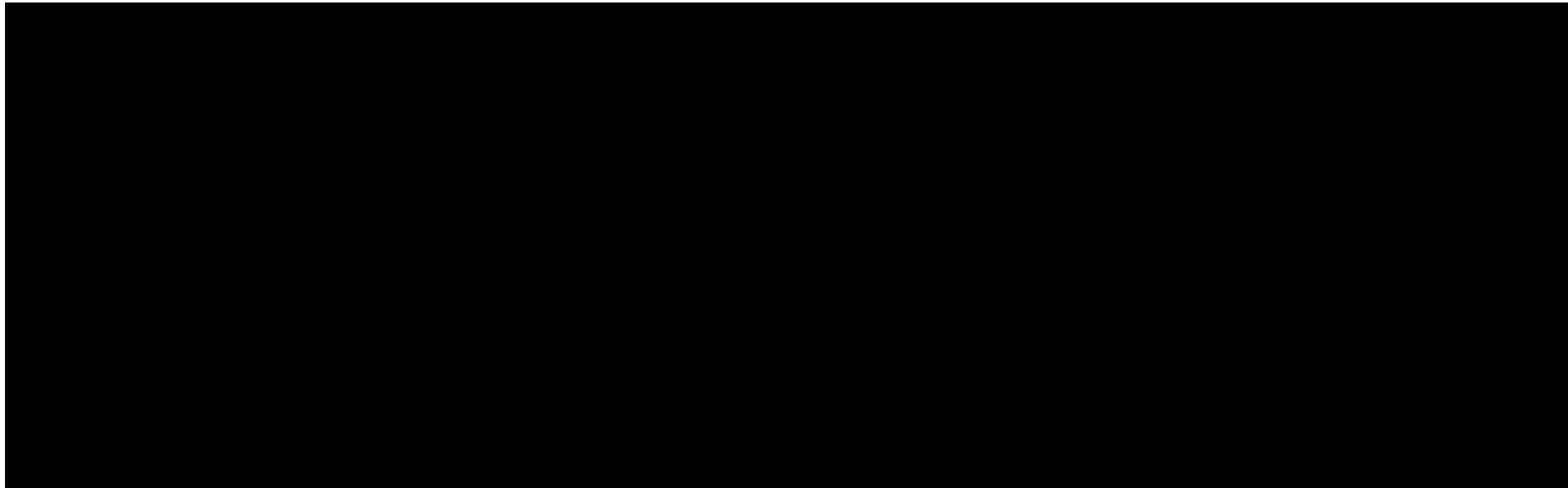


Możliwe przejścia chorych pomiędzy stanami prezentują poniższe schematy.

Rysunek 1.
Struktura modelu CMA uwzględnionego w analizie podstawowej



Rysunek 2.
Struktura modelu CUA uwzględnionego w analizie podstawowej



[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block containing multiple lines of blacked-out content]

[REDACTED]

W analizie uwzględniono, że miarą efektu zdrowotnego są lata życia skorygowane o jakość (QALY). Jakość życia chorych w poszczególnych stanach przedstawiono w rozdziale 5.3.

Poniżej opisano sposób obliczenia prawdopodobieństw przejścia pomiędzy uwzględnionymi stanami.

5.2. Prawdopodobieństwa przejść między stanami w modelu

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Należy także pamiętać, że w populacji dorosłych poniżej 65. roku życia z podwyższonym ryzykiem żylnych chorób zakrzepowo-zatorowej (VTE), ciężkiego niepożądanego incydentu sercowego (MACE) i nowotworu złośliwego, którzy stosują inhibitory JAK, zalecana jest niższa dawka leku niż w przypadku chorych bez wymienionych wyżej ryzyk. [REDACTED]

[REDACTED] skuteczność poszczególnych inhibitorów JAK obliczono z uwzględnieniem wagi w postaci odsetka dorosłych chorych w wieku poniżej 65 lat z ryzykiem VTE, MACE i nowotworu złośliwego, który oszacowano na podstawie danych z duńskiego rejestru chorych na AZS [Vittrup 2024 suplement]. W obliczeniach uwzględniono niezależność poszczególnych ryzyk, a w związku z raportowaniem odsetków chorych oddzielnie w grupach wiekowych 18-49 lat oraz 50-64 lata zastosowano formułę ważenia w oparciu o dane dotyczące liczebności chorych w grupach wiekowych [Statystyki NFZ] oraz dane o rozkładzie populacji generalnej [Ludność GUS]. Szczegółowe obliczenia przedstawiono w arkuszu kalkulacyjnym dołączonym do raportu, natomiast wartość samego parametru oszacowano na poziomie ok. 5,3%².

Oszacowania parametrów skuteczności [REDACTED] leczenia wykonano oddzielnie dla populacji dorosłych oraz dzieci w wieku 12-17 lat ze względu na różny zestaw komparatorów oraz różnice w zakresie zarejestrowanych dawek w wymienionych grupach wiekowych (w populacji dzieci w wieku 12-17 lat w przypadku wszystkich technologii zarejestrowana jest tylko jedna dawka). Szczegółowe oszacowania

² Biorąc pod uwagę wiek włączenia do modelu (ok. 36,3 lat), wartość odsetka dorosłych chorych w wieku poniżej 65 lat z ryzykiem VTE, MACE i nowotworu złośliwego przyjęto do oszacowania skuteczności [REDACTED] bez dodatkowej formuły ważenia związanej z wiekiem chorego.

[Redacted text block]

Tabela 4.
Wartości użyteczności w stanach uwzględnionych w modelu – analiza podstawowa

[Redacted]	[Redacted]	Źródło danych
[Redacted]	[Redacted]	Zimmermann 2018
[Redacted]	[Redacted]	Zimmermann 2018
[Redacted]	[Redacted]	NICE Baricitinib
[Redacted]	[Redacted]	NICE Baricitinib
[Redacted]	[Redacted]	Zimmermann 2018
[Redacted]	[Redacted]	Założenie

W analizie scenariuszy testowano uwzględnienie danych z pozostałych publikacji będących wynikiem przeglądu systematycznego badań do oceny jakości życia. Wartości te przedstawiono i opisano w rozdziale 7.

5

[Redacted footnote text]

5.4. Horyzont czasowy w modelu

Zgodnie z *Wytycznymi AOTMiT* oraz *Rozporządzeniem MZ w sprawie minimalnych wymagań* horyzont czasowy analizy ekonomicznej powinien być wystarczająco długi, aby możliwa była ocena wszystkich istotnych różnic między wynikami i kosztami ocenianej technologii medycznej oraz komparatorów. W przypadku technologii medycznych, których wyniki i koszty ujawniają się w czasie całego życia chorego, horyzont czasowy powinien zamykać się w momencie zgonu chorego, co jest tożsame z przyjęciem dożywotniego horyzontu czasowego.

W związku z tym, że zróżnicowany efekt zdrowotny porównywanych terapii utrzymuje się przez całe życie chorego oraz z uwagi na fakt, że terapia z wykorzystaniem wnioskowanej technologii lub komparatora ma być kontynuowana tak długo, jak chory na nią odpowiada, w analizie ekonomicznej w populacjach dorosłych chorych (z wynikiem $EASI \geq 20$ oraz z wynikiem $16 \leq EASI < 20$) przyjęto dożywotni horyzont czasowy. Przeciętny wiek dorosłych włączanych do modelu wynosi [redacted]. Biorąc pod uwagę powyższe oraz dostępność danych dotyczących śmiertelności w populacji generalnej [*Dane GUS – tablice trwania życia*], przyjęto, [redacted] odpowiada dożywotniemu horyzontowi czasowemu w populacjach dorosłych chorych rozpatrywanych w niniejszej analizie.

W przypadku populacji dzieci w wieku 12-17 lat (z wynikiem $EASI \geq 20$ oraz z wynikiem $16 \leq EASI < 20$) przyjęto maksymalny tj. 6-letni horyzont czasowy (równy 24 cyklom obejmujący przedział wiekowy od 12 lat do 18. urodzin), który pozwala w pełni uchwycić efekt inkrementalny pomiędzy porównywanymi technologiami.

Wnioskodawca nie jest w posiadaniu żadnych wytycznych (polskich lub zagranicznych), które zalecałyby wykonanie analizy dla horyzontu czasowego odpowiadającego okresowi trwania badania klinicznego. Takie oszacowanie należy uznać za nieprawidłowe i nieinterpretowalne, ponieważ nie pozwala ono na wskazanie wszystkich wyników i kosztów związanych ze stosowaniem porównywanych terapii (koszty są niewspółmierne do wyniku zdrowotnego).

Należy przyjąć, że badanie kliniczne pokazuje jedynie początkowy fragment interesującej nas rzeczywistości, natomiast modelowanie służy do zaprezentowania najbardziej prawdopodobnego kształtu całości procesu (co pozwala uchwycić łączny efekt kliniczny). Zgodnie z *Wytycznymi AOTMiT* modelowanie przeprowadza się, jeśli dostępne dane są niewystarczające do określenia opłacalności (jest to dokładanie sytuacja, z jaką mamy do czynienia w rozpatrywanym przypadku). Literatura w zakresie farmakoekonomiki wskazuje, że modelowanie powinno opierać się na danych z badań klinicznych, ale też powinno (jeśli ramy

czasowe badania nie obejmują wszystkich różnic pomiędzy porównywanymi technologiami) sięgają poza ramy czasowe badań [Orlewska 1999].

Podsumowując, należy pamiętać, że podstawowy efekt zdrowotny determinujący wynik analizy ujawnia się już w okresie badania, jednak inkrementalny efekt krańcowy (w dłuższym horyzoncie czasowym) jest równie istotny i zgodnie z metodyką modelowania powinien zostać naliczony.

5.5. Dyskontowanie

W decyzji dotyczącej finansowania danej technologii medycznej należy uwzględnić koszty i efekty kliniczne, jakie będzie ona generowała w określonym horyzoncie czasowym. Zgodnie z teorią ekonomii wartości przyszłe ponoszonych kosztów (i uzyskiwanych efektów zdrowotnych) nie są równe wartościom kosztów (ani uzyskiwanym efektom zdrowotnym) ponoszonych w chwili obecnej. W celu uniknięcia błędów wartości przyszłe należy wyrazić w wartościach teraźniejszych, czemu służy dyskontowanie.

Zgodnie z *Wytycznymi AOTMiT* w analizie podstawowej przyjęto stopę dyskontową na poziomie 5% dla kosztów oraz 3,5% dla wyników zdrowotnych.

6. Analiza kosztów

W zależności od zastosowanej perspektywy badawczej w analizie uwzględniono koszty odpowiadające zużyciu wszystkich istotnych zasobów wynikających z zastosowania się chorego do aktualnie obowiązującej praktyki klinicznej w Polsce.

W celu oceny obciążenia finansowego w praktyce związanego z chorobą w analizie uwzględniono wszystkie istotne rodzaje kosztów (tj. koszty bezpośrednie medyczne).

Po dokładnym przeanalizowaniu badań włączonych do *Analizy klinicznej* oraz przestudiowaniu zapisów programu lekowego w analizie uwzględniono i oceniano następujące kategorie kosztowe ponoszone z perspektywy płatnika publicznego oraz z perspektywy wspólnej:

- ⊕ koszty leków (w Programie lekowym B.124);
- ⊕ koszty podania leków;
- ⊕ koszty najlepszego leczenia wspomagającego;
- ⊕ koszty leczenia zaostrzeń choroby;
- ⊕ koszty kwalifikacji do leczenia w programie lekowym;
- ⊕ koszty monitorowania leczenia.

Wymienione kategorie kosztowe stanowią całkowite koszty różniące oceniane technologie medyczne.

Pozostałe kategorie kosztów bezpośrednich uznano za nieróżniące, zaliczając je do kategorii kosztów wspólnych. Koszty te (jako koszty wspólne dla technologii wnioskowanej i komparatorów) nie mają wpływu na wyniki analizy. Nie były zatem ostatecznie brane pod uwagę w obliczeniach. W poniższej tabeli (Tabela 5.) wyszczególniono poszczególne koszty nieróżniące oraz przedstawiono zasadność kwalifikacji do kategorii kosztów nieróżniących.

Tabela 5.
Koszty nieróżniące oceniane technologie medyczne

Kategoria kosztowa	Uzasadnienie kwalifikacji
Koszt leczenia zdarzeń niepożądanych	Przeprowadzona w <i>Analizie klinicznej</i> analiza profilu bezpieczeństwa wykazała, że profile bezpieczeństwa lebrykizumabu i komparatorów należy uznać za zbliżone. Ponadto w populacji chorych poddanych terapii lebrykizumabem w badaniach ADvantage i ADhere jakiegokolwiek zdarzenia niepożądane prowadzące do przerwania leczenia o ciężkim stopniu nasilenia (które potencjalnie mogą powodować generowanie dodatkowych kosztów) notowano w pojedynczych przypadkach (ok. 2%), podobnie jak w przypadku badań dla komparatorów. W związku z tym uwzględnienie kosztów zdarzeń niepożądanych i tak miałyby nie tylko pomijalnie mały, ale wręcz nieróżniący wpływ na wyniki analizy.

Cenę jednostkową wnioskowanej technologii uzyskano od Wnioskodawcy [*Dane dostarczone przez Wnioskodawcę*]. Koszt pozostałych leków stosowanych w analizowanym problemie zdrowotnym oszacowano na podstawie *Danych przetargowych* oraz cen rynkowych z aptek [*Medycyna Praktyczna, Apteka DOZ.pl*]. Koszt świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych przyjęto w oparciu o Zarządzenia Prezesa NFZ [*Zarządzenie programy lekowej, Zarządzenie ambulatoryjna opieka specjalistyczna*].

6.1. Koszty leków

Do obliczenia kosztu stosowania wnioskowanej technologii medycznej konieczne było określenie zużycia zasobów (dawkowania) oraz cen jednostkowych poszczególnych prezentacji leków.

6.1.1. Koszty leków stosowanych w Programie lekowym B.124

6.1.1.1. Dawkowanie

LEBRYKIZUMAB

Na podstawie *ChPL Ebglyss®* określono, że zalecana dawka lebrykizumabu w leczeniu atopowego zapalenia skóry wynosi 500 mg (dwa wstrzyknięcia 250 mg) zarówno w tygodniu 0. jak i tygodniu 2., a następnie 250 mg podawane podskórnie co dwa tygodnie, do tygodnia 16. Należy rozważyć przerwanie leczenia u pacjentów, którzy nie wykazali odpowiedzi klinicznej po 16 tygodniach leczenia. Po uzyskaniu odpowiedzi klinicznej zalecana dawka podtrzymująca lebrykizumabu wynosi 250 mg co cztery tygodnie.

KOMPARATORY

Zgodnie z zapisami *Programu lekowego B.124* dawkowanie pozostałych aktywnych terapii kształtuje się następująco:

- ⊗ Dupilumab – maksymalna dawka to dawka początkowa 600 mg (dwa wstrzyknięcia po 300 mg), a następnie dawka 300 mg co dwa tygodnie, podawane we wstrzyknięciach podskórnych;
- ⊗ Upadacetynib – maksymalna dawka wynosi 30 mg raz na dobę dla osób ≥18 r.ż. oraz 15 mg raz na dobę dla osób <18 r.ż.;
- ⊗ Barycetynib – maksymalna dawka wynosi 4 mg raz na dobę;
- ⊗ Tralokinumab – maksymalna dawka to dawka początkowa 600 mg (cztery wstrzyknięcia po 150 mg), a następnie dawka 300 mg (dwa wstrzyknięcia po 150 mg) podawana co dwa tygodnie drogą wstrzyknięcia podskórnego;
- ⊗ Abrocetynib – maksymalna dawka wynosi 200 mg raz na dobę.

Dopuszczalne jest wydłużenie odstępu pomiędzy podaniem kolejnych dawek zgodnie z ChPL.

W związku z tym, że zapisy *Programu lekowego B.124* nie precyzują dokładnie, w jakich okolicznościach należy stosować poszczególne dawki, dawkowanie leków stosowanych w programie lekowym doprecyzowano zapisami odpowiednich Charakterystyk Produktów Leczniczych, które podsumowano w poniższej tabeli.

Tabela 6.
Dawkowanie leków stosowanych w programie lekowym uwzględnione w analizie

Substancja czynna	Źródło danych	Dawkowanie	Droga podania
Lebrykizumab	ChPL Ebglyss®	Zalecana dawka lebrykizumabu wynosi 500 mg (dwa wstrzyknięcia 250 mg) zarówno w tygodniu 0. jak i tygodniu 2., a następnie 250 mg podawane podskórnie co dwa tygodnie, do tygodnia 16. Należy rozważyć przerwanie leczenia u pacjentów, którzy nie wykazali odpowiedzi klinicznej po 16 tygodniach leczenia. Po uzyskaniu odpowiedzi klinicznej zalecana dawka podtrzymująca lebrykizumabu wynosi 250 mg co cztery tygodnie.	Podskórna

Substancja czynna	Źródło danych	Dawkowanie	Droga podania
Dupilumab	ChPL Dupixent®	<p>Zalecane dawkowanie dupilumabu u dorosłych pacjentów to dawka początkowa 600 mg (dwa wstrzyknięcia po 300 mg), a następnie dawka 300 mg co dwa tygodnie, podawane we wstrzyknięciach podskórnych.</p> <p>Zalecane dawkowanie dupilumabu u młodzieży w wieku od 12 do 17 lat:</p> <ul style="list-style-type: none"> - poniżej 60 kg: dawka początkowa: 400 mg (dwa wstrzyknięcia po 200 mg), kolejne dawki 200 mg co 2 tygodnie - 60 kg lub więcej: dawka początkowa: 600 mg (dwa wstrzyknięcia po 300 mg), kolejne dawki 300 mg co 2 tygodnie <p>Należy rozważyć przerwanie leczenia u pacjentów, u których nie wystąpi odpowiedź terapeutyczna po 16 tygodniach leczenia atopowego zapalenia skóry.</p>	Podskórna
Upadacytynib	ChPL Rinvoq®	<p>Zalecana dawka upadacytynibu wynosi 15 mg lub 30 mg raz na dobę w zależności od stopnia zaawansowania choroby u danego pacjenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dawka 15 mg jest zalecana u pacjentów z wyższym ryzykiem żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej, ciężkiego niepożądanego incydentu sercowego i nowotworu złośliwego. - Dawka 30 mg raz na dobę może być odpowiednia dla pacjentów z dużym obciążeniem chorobą, którzy nie są narażeni na wyższe ryzyko VTE, MACE i nowotworu złośliwego lub pacjentów, u których odpowiedź na leczenie dawką 15 mg raz na dobę jest niewystarczająca. <p>U pacjentów w wieku 65 lat i starszych zalecana dawka wynosi 15 mg raz na dobę.</p> <p>Zalecana dawka upadacytynibu wynosi 15 mg raz na dobę u młodzieży o masie ciała co najmniej 30 kg.</p>	Doustna
Barycytynib	ChPL Olumiant®	<p>Zalecana dawka barycytynibu u dorosłych wynosi 4 mg raz na dobę.</p> <p>Dawka 2 mg raz na dobę jest zalecana pacjentom z grupy podwyższonego ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej, ciężkich niepożądanych zdarzeń sercowo-naczyniowych i nowotworów złośliwych, pacjentom w wieku 65 lat i starszym oraz pacjentom z przewlekłymi lub nawracającymi zakażeniami w wywiadzie.</p>	Doustna
Abrocycytynib	ChPL Cibinqo®	<p>Zalecana dawka początkowa to 100 mg lub 200 mg raz na dobę w zależności od indywidualnej charakterystyki pacjenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - U pacjentów z grupy podwyższonego ryzyka żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej, ciężkiego zdarzenia sercowo-naczyniowego oraz nowotworu złośliwego zalecana dawka początkowa to 100 mg raz na dobę. - Dawka 200 mg raz na dobę może być odpowiednia u pacjentów nienależących do grupy podwyższonego ryzyka VTE, MACE ani nowotworu złośliwego, u których stwierdzono nasilenie choroby lub wystąpiła niewystarczająca odpowiedź na leczenie dawką 100 mg raz na dobę. <p>U pacjentów w wieku 65 lat i starszych zalecana dawka to 100 mg raz na dobę.</p>	Doustna

Substancja czynna	Źródło danych	Dawkowanie	Droga podania
Tralokinumab	ChPL Adtralza®	<p>Zalecana dawka tralokinumabu dla dorosłych oraz nastoletnich pacjentów w wieku 12 lat i starszych to dawka początkowa 600 mg podawana jako: cztery wstrzyknięcia po 150 mg w ampułkostrzykawkach lub dwa wstrzyknięcia po 300 mg we wstrzykiwaczach półautomatycznych napelnionych.</p> <p>Po tej dawce początkowej podawana jest następnie dawka 300 mg co dwa tygodnie: dwa wstrzyknięcia po 150 mg w ampułkostrzykawkach lub jedno wstrzyknięcie 300 mg we wstrzykiwaczu półautomatycznym napelnionym.</p> <p>Jeśli lekarz przepisujący tak zdecyduje, można rozważyć podawanie dawki co cztery tygodnie u pacjentów, u których po 16 tygodniach leczenia uda się uzyskać ustąpienie wszystkich lub prawie wszystkich zmian skórnych. Prawdopodobieństwo utrzymującego się ustąpienia wszystkich lub prawie wszystkich zmian skórnych może być niższe w przypadku dawkowania co cztery tygodnie. U pacjentów, u których po 16 tygodniach leczenia nie stwierdzono odpowiedzi, należy rozważyć przerwanie leczenia.</p>	Podskórna

6.1.1.2. Ceny leków

LEBRYKIZUMAB

Obecnie lebrykizumab nie jest finansowany w analizowanym wskazaniu. W analizie zgodnie z wnioskiem refundacyjnym uwzględniono, że lek Ebglyss® po wydaniu pozytywnej decyzji refundacyjnej dostępny będzie w ramach programu lekowego i wydawany świadczeniobiorcy bezpłatnie. Uwzględniono ponadto finansowanie leku w oddzielnej grupie limitowej, zgodnie z uzasadnieniem wskazanym w *Analizie wpływu na system ochrony zdrowia*. Przyjęto, że opakowanie leku *Ebglyss 250 mg roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu* (opakowanie zawierające 1 wstrzykiwacz) będzie wyznaczało podstawę limitu w grupie.

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

Wartości poszczególnych cen leku prezentuje poniższa tabela (Tabela 7.).

Tabela 7.
Charakterystyka kosztowa leku Ebglyss® (PLN)

KOMPARATORY

Komparatory finansowane w programie lekowym wydawane są świadczeniobiorcy bezpłatnie. Ceny poszczególnych leków oparto na *Danych przetargowych*, a koszty w przeliczeniu na 1 mg przedstawiono w tabeli (Tabela 16.) w rozdziale 7.

ZESTAWIENIE TABELARYCZNE

Koszty poszczególnych technologii stosowanych w Programie lekowym B.124 przeliczono na pierwszy, drugi oraz kolejne cykle modelu przy uwzględnieniu dawkowania opisanego w rozdziale 6.1.1.1. oraz kosztów zaprezentowanych w rozdziale 7. (Tabela 16.). Biorąc pod uwagę niejednorodną częstotliwość podawania leków stosowanych w programie lekowym (każdego dnia, co 2 tygodnie, co 4 tygodnie), określono dokładną (co do jedności, bez części ułamkowej) liczbę dawek rozważanych leków przyjmowanych w pierwszym oraz drugim cyklu leczenia z wykorzystaniem danej substancji, celem uzyskania jak najbardziej precyzyjnych wyników analizy. W przypadku kolejnych cykli leczenia daną substancją liczbę dawek obliczono jako iloraz długości cyklu (13 tygodni) przez częstotliwość podawania danej substancji (to rozwiązanie dopuszcza możliwość uzyskania liczby dawek w cyklu z częścią ułamkową). Szczegółowe oszacowania przedstawiono w arkuszu kalkulacyjnym dołączonym do raportu, a podsumowanie kosztów w przeliczeniu na cykl modelu w poniższej tabeli.

Tabela 8.
Koszty leków stosowanych w Programie lekowym B.124 w przeliczeniu na cykl modelu (PLN)

Grupa chorych	LEB z RSS	LEB bez RSS	DUP	UPA ⁶	BAR ⁶	ABR ⁶	TRA ⁷
1. cykl							
dzieci w wieku 12-17 lat <60 kg	██████	██████	13 845,51	7 699,97	n/d	n/d	14 125,49
dzieci w wieku 12-17 lat ≥ 60 kg	██████	██████	16 109,00	7 699,97	n/d	n/d	14 125,49
dorośli ≥ 65 lat	██████	██████	16 109,00	7 699,97	8 479,99	7 768,01	14 125,49
dorośli < 65 lat	██████	██████	16 109,00	14 989,04	8 479,99	9 880,87	14 125,49
2. cykl							
dzieci w wieku 12-17 lat <60 kg	██████	██████	7 691,95	4 812,48	n/d	n/d	7 252,35
dzieci w wieku 12-17 lat ≥ 60 kg	██████	██████	8 949,45	4 812,48	n/d	n/d	7 252,35
dorośli ≥ 65 lat	██████	██████	8 949,45	4 812,48	5 299,99	4 855,01	7 252,35
dorośli < 65 lat	██████	██████	8 949,45	9 368,15	5 299,99	6 175,55	7 252,35
kolejne cykle							
dzieci w wieku 12-17 lat <60 kg	██████	██████	9 999,53	6 256,22	n/d	n/d	9 234,63
dzieci w wieku 12-17 lat ≥ 60 kg	██████	██████	11 634,28	6 256,22	n/d	n/d	9 234,63
dorośli ≥ 65 lat	██████	██████	11 634,28	6 256,22	6 889,99	6 311,51	9 234,63
dorośli < 65 lat	██████	██████	11 634,28	12 178,59	6 889,99	8 028,21	9 234,63

6.1.2. Koszty leczenia wspomagającego

W niniejszej analizie przyjęto, że leczenie wspomagające jest stosowane na każdym etapie terapii zarówno w ramieniu wnioskowanej interwencji, jak i komparatorów, przy czym jego koszt jest różny w zależności od stanu, w jakim znajduje się chory (odpowiedź / brak odpowiedzi na leczenie), perspektywy (płatnika publicznego / wspólna) oraz wieku chorego (dzieci w wieku 12-17 lat / dorośli ≥ 65 lat / dorośli < 65 lat). Na podstawie danych z modeli

⁶ W przypadku inhibitorów JAK (UPA, BAR i ABR) w grupie dorosłych w wieku < 65 lat uwzględniono odsetek chorych z ryzykiem VTE, MACE i nowotworu złośliwego (5,3%) oszacowany na podstawie danych z duńskiego rejestru chorych na AZS [Vittrup 2024 suplement]

⁷ W przypadku TRA uwzględniono odsetek chorych przyjmujących TRA co 4 tygodnie w fazie leczenia podtrzymującego, który oszacowano na podstawie zagregowanych danych z badań ECZTRA 1 i ECZTERA 2 dotyczących odsetka chorych, u których po 16 tygodniach leczenia TRA uzyskano skórę czystą lub prawie czystą (IGA 0-1) [Simpson 2024].

opisanych w opracowaniach NICE [*NICE Dupilumab*, *NICE Baricitinib*, *NICE 2022*] założono, że w skład najlepszego leczenia wspomagającego wchodzi:

- ⊗ emolienty – emulsje do kąpieli;
- ⊗ emolienty – kremy i maści;
- ⊗ miejscowe kortykosteroidy (mometazon 0,1% maść);
- ⊗ miejscowe inhibitory kalcyneuryny (takrolimus 0,1% maść).

W związku z tym, że spośród wymienionych wyżej składowych najlepszego leczenia wspomagającego refundowany jest jedynie mometazon, średni koszt za 1 g/ml emolientów oraz takrolimus obliczono przy uwzględnieniu cen rynkowych z aptek [*Medycyna Praktyczna*, *Apteka DOZ.pl*], zaś koszt mometazonu na podstawie danych z *Wykazu leków refundowanych*. Tygodniowe zużycie poszczególnych technologii oszacowano na podstawie danych z modeli NICE [*NICE Dupilumab*, *NICE Baricitinib*, *NICE 2022*] i przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela 9.
Tygodniowa dawka technologii wchodzących w skład najlepszego leczenia wspomagającego

Technologia	Nieodpowiadający na leczenie	Odpowiadający na leczenie
Emolienty - emulsje do kąpieli	210 ml (30 ml na 1 kąpiel)	105 ml (połowa dawki nieodpowiadających na leczenie)
Emolienty - kremy / maści	500 g	250 g (połowa dawki nieodpowiadających na leczenie)
Mometazon	112,04 g	56,7 g (49% redukcja dawki wzg. nieodpowiadających na leczenie)
Takrolimus	1,75 g	0 g (w opinii ekspertów leczenie TCI nie powinno być stosowane)

Biorąc pod uwagę powyższe dane oraz założenia, oszacowano średni koszt najlepszego leczenia wspomagającego w podziale na: wariant oszacowania (minimalny / prawdopodobny⁸ / maksymalny), perspektywę (płatnika publicznego / wspólna), wiek (dzieci w wieku 12-17 lat / dorośli ≥ 65 lat / dorośli < 65 lat) oraz stan chorego (odpowieź / brak odpowiedzi na leczenie).

⁸ Wariant prawdopodobny uwzględniono w analizie podstawowej, zaś warianty minimalny i maksymalny testowano łącznie w analizie scenariuszy.

Tabela 10.
Tygodniowy koszt najlepszego leczenia wspomagającego (PLN)

Grupa wiekowa	Koszt tygodniowy leczenia wspomagającego – nieodpowiadający na leczenie ⁹			Koszt tygodniowy leczenia wspomagającego – odpowiadający na leczenie ¹⁰		
	minimalny	prawdopodobny	maksymalny	minimalny	prawdopodobny	maksymalny
perspektywa płatnika publicznego						
dzieci 12-17 lat	37,32	39,70	46,25	18,89	20,09	23,41
dorośli ≥ 65 lat	37,32	39,70	46,25	18,89	20,09	23,41
dorośli < 65 lat	18,65	18,66	18,67	9,44	9,44	9,45
perspektywa wspólna						
dzieci 12-17 lat	84,82	120,30	188,91	39,37	56,10	89,27
dorośli ≥ 65 lat	84,82	120,30	188,91	39,37	56,10	89,27
dorośli < 65 lat	84,82	120,30	188,91	39,37	56,10	89,27

6.1.3. Koszty leczenia zaostrzeń choroby

Zgodnie z założeniami modeli NICE [*NICE Dupilumab*, *NICE Baricitinib*, *NICE 2022*] w niniejszej analizie przyjęto dodatkowy koszt terapii ratunkowej związanej z leczeniem zaostrzeń choroby. Koszt ten jest różny w zależności od stosowanej technologii (aktywna terapia / BSC), perspektywy (płatnika publicznego / wspólna) oraz wieku chorego (dzieci w wieku 12-17 lat / dorośli ≥ 65 lat / dorośli < 65 lat). Na podstawie danych z modeli opisanych w opracowaniach NICE [*NICE Dupilumab*, *NICE Baricitinib*, *NICE 2022*] założono, że w skład terapii ratunkowej wchodzi:

- ⊗ bardzo silne miejscowe kortykosteroidy (klobetazol 0,05%);
- ⊗ silne miejscowe kortykosteroidy (flutykazon 0,05% i walerianian betametazonu);
- ⊗ doustne kortykosteroidy (prednizolon);
- ⊗ miejscowe inhibitory kalcyneuryny (takrolimus 0,1% maść).

W związku z tym, że spośród wymienionych wyżej składowych terapii ratunkowej związanej z leczeniem zaostrzeń choroby refundowany jest jedynie prednizolon, jego średni koszt za 1 g oszacowano na podstawie danych z *Wykazu leków refundowanych* i wazono *Danymi NFZ*. Średni koszt za 1 g pozostałych substancji obliczono przy uwzględnieniu cen rynkowych z

⁹ Przyjęto, że koszt ten jest ponoszony w przypadku chorych [REDACTED]

¹⁰ Przyjęto, że koszt ten jest ponoszony w przypadku chorych [REDACTED]

apteek [Medycyna Praktyczna]. Poziom zużycia poszczególnych technologii w ramach leczenia pojedynczego zaostrzenia choroby oszacowano na podstawie danych z modeli NICE [NICE Dupilumab, NICE Baricitinib, NICE 2022] i przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela 11.
Całkowita dawka poszczególnych technologii stosowanych w leczeniu zaostrzenia choroby

Technologia	Całkowita dawka stosowana w leczeniu zaostrzenia (g)
Klobetazol	200
Flutykazon	100
Prednizolon	0,14
Walerianian betametazonu	100
Takrolimus	24,1 ¹¹

Należy zaznaczyć, że poszczególne technologie wykorzystywane w leczeniu zaostrzeń choroby stosowane są w różnych proporcjach, a same zaostrzenia ujawniają się z różnym prawdopodobieństwem w zależności od rodzaju stosowanej terapii (terapia aktywna vs BSC). Szczegółowe wartości parametrów przyjętych na podstawie danych z opracowań NICE [NICE Dupilumab, NICE Baricitinib, NICE 2022] przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela 12.
Odsetki chorych stosujących dany typ terapii ratunkowej oraz średnia liczba zaostrzeń choroby w skali roku

Parametr	Aktywna terapia	BSC
Odsetek chorych stosujących silne miejscowe kortykosteroidy w terapii ratunkowej	42%	54%
Odsetek chorych stosujących bardzo silne miejscowe kortykosteroidy w terapii ratunkowej	23%	27%
Odsetek chorych stosujących doustne kortykosteroidy w terapii ratunkowej	29%	13%
Odsetek chorych stosujących miejscowe inhibitory kalcyneuryny w terapii ratunkowej	0%	6%
Liczba zaostrzeń w skali roku	0,18	0,78

Biorąc pod uwagę powyższe dane oraz założenia, oszacowano średni koszt terapii ratunkowej związanej z leczeniem zaostrzeń choroby w podziale na: wariant oszacowania (minimalny / prawdopodobny / maksymalny), perspektywę (płatnika publicznego / wspólna), wiek (dzieci w

¹¹ Iloraz kosztu leczenia zaostrzenia z wykorzystaniem takrolimusu przez cenę opakowania leku przemnożony przez objętość opakowania, tj. $\frac{19,02}{47,28} \times 60$ [NICE Dupilumab].

wieku 12-17 lat / dorośli ≥ 65 lat / dorośli < 65 lat) oraz rodzaj stosowanej technologii (aktywna terapia / BSC).

Tabela 13.
Tygodniowy koszt leczenia zaostrzeń choroby (PLN)

Grupa wiekowa	Koszt leczenia zaostrzenia choroby – aktywne terapie			Koszt leczenia zaostrzenia choroby – BSC		
	minimalny	prawdopodobny	maksymalny	minimalny	prawdopodobny	maksymalny
perspektywa płatnika publicznego						
dzieci 12-17 lat	0,01	0,02	0,02	0,02	0,03	0,04
dorośli ≥ 65 lat	0,01	0,02	0,02	0,02	0,03	0,04
dorośli < 65 lat	0,01	0,01	0,01	0,02	0,02	0,02
perspektywa wspólna						
dzieci 12-17 lat	0,46	0,54	0,56	2,58	2,99	3,16
dorośli ≥ 65 lat	0,46	0,54	0,56	2,58	2,99	3,16
dorośli < 65 lat	0,46	0,54	0,56	2,58	2,99	3,16

6.1.4. Zestawienie kosztów leków

W oparciu o dawkowanie, ceny oraz proponowane warunki RSS wyznaczono koszty leków w przeliczeniu na cykl modelu. Wartości przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela 14.
Koszty leków uwzględnione w analizie podstawowej (PLN)

Kategoria kosztowa		Perspektywa	Koszt w przeliczeniu na cykl (PLN)			
			Dzieci w wieku 12-17 lat		Dorośli	
			<60 kg	≥ 60 kg	≥ 65 lat	< 65 lat
Koszt leku w 1. cyklu	LEB z RSS	Płatnika publicznego i wspólna	██████	██████	██████	██████
	LEB bez RSS		██████	██████	██████	██████
	DUP		13 845,51	16 109,00	16 109,00	16 109,00
	UPA		7 699,97	7 699,97	7 699,97	14 989,04
	BAR		n/d	n/d	8 479,99	8 479,99
	ABR		n/d	n/d	7 768,01	9 880,87
	TRA		14 125,49	14 125,49	14 125,49	14 125,49
Koszt leku w 2. cyklu	LEB z RSS	Płatnika publicznego i wspólna	██████	██████	██████	██████
	LEB bez RSS		██████	██████	██████	██████
	DUP		7 691,95	8 949,45	8 949,45	8 949,45
	UPA		4 812,48	4 812,48	4 812,48	9 368,15
	BAR		n/d	n/d	5 299,99	5 299,99

Kategoria kosztowa		Perspektywa	Koszt w przeliczeniu na cykl (PLN)			
			Dzieci w wieku 12-17 lat		Dorośli	
			<60 kg	≥ 60 kg	≥ 65 lat	< 65 lat
	ABR		n/d	n/d	4 855,01	6 175,55
	TRA		7 252,35	7 252,35	7 252,35	7 252,35
Koszt leku w kolejnych cyklach	LEB z RSS	Płatnika publicznego i wspólna	████████	████████	████████	████████
	LEB bez RSS		████████	████████	████████	████████
	DUP		9 999,53	11 634,28	11 634,28	11 634,28
	UPA		6 256,22	6 256,22	6 256,22	12 178,59
	BAR		n/d	n/d	6 889,99	6 889,99
	ABR		n/d	n/d	6 311,51	8 028,21
	TRA		9 234,63	9 234,63	9 234,63	9 234,63
Koszt najlepszego leczenia wspomagającego ¹²	nieodpowiadający na leczenie	Płatnika publicznego	516,16		516,16	242,58
		Wspólna	1 563,89		1 563,89	1 563,89
	odpowiadający na leczenie	Płatnika publicznego	261,21		261,21	122,76
		Wspólna	729,28		729,28	729,28
Koszt leczenia zaostrzeń choroby ¹²	aktywne terapie	Płatnika publicznego	0,21		0,21	0,12
		Wspólna	6,97		6,97	6,97
	BSC	Płatnika publicznego	0,42		0,42	0,23
		Wspólna	38,84		38,84	38,84

6.2. Koszty podania leków

W analizie podstawowej założono, że podanie leków stosowanych podskórnie (LEB, TRA, DUP) będzie bezpłatne ze względu na możliwość wykonania samodzielnego wstrzyknięcia przez chorego lub przez jego opiekuna. W analizie scenariuszy testowano wariant związany z naliczaniem kosztu 108,16 PLN [Zarządzenie programy lekowej] świadczenia *przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu* przy pierwszym podaniu leku (koszt przeszkolenia w zakresie samodzielnego podawania leku) oraz wariant, w którym każde podskórne podanie leku wymaga wizyty w placówce opieki zdrowotnej (każdorazowo

¹² Koszt w przeliczeniu na 13-tygodniowy cykl modelu

naliczany jest koszt świadczenia *przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu*).

W przypadku terapii przyjmowanych doustnie (UPA, BAR, ABR) oraz pozostałych leków uwzględnionych w analizie (maści, kremy, tabletki stosowane jako najlepsze leczenie wspomagające lub leczenie zaostrzeń choroby) przyjęto zerowy koszt podania, ponieważ są one przyjmowane przez chorego samodzielnie.

Założono także, iż przepisanie leków będzie odbywać się w ramach wizyt monitorujących.

6.3. Koszty kwalifikacji do leczenia w programie lekowym

Zgodnie z zapisami *Programu lekowego B.124* w ramach kwalifikacji do leczenia należy wykonać następujące badania:

- ⊗ morfologia krwi z rozmazem;
- ⊗ badania biochemiczne:
 - ⊗ oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,
 - ⊗ oznaczenie stężenie mocznika we krwi,
 - ⊗ oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB) lub oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP),
 - ⊗ oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (AIAT),
 - ⊗ oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AspAT),
 - ⊗ oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, cholesterolu HDL, cholesterolu LDL i triglicerydów (lipidogram) – w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytynibem albo barycytynibem albo abrocytynibem;
- ⊗ badania wirusologiczne w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytynibem albo barycytynibem albo abrocytynibem:
 - ⊗ obecność antygenu HBs,
 - ⊗ przeciwciała anti-HCV, a w przypadku pozytywnego wyniku – oznaczenie PCR HCV metodą ilościową,
 - ⊗ antygen wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo) – tylko w przypadku upadacytynibu albo barycytynibu albo abrocytynibu;
- ⊗ badanie ogólne moczu;

- ⊗ RTG klatki piersiowej z opisem, maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją (w przypadku pacjentów w wieku od 6 do 18 lat – do decyzji lekarza prowadzącego);
- ⊗ EKG z opisem (pacjenci w wieku od 6 do 18 lat – do decyzji lekarza prowadzącego);
- ⊗ próba tuberkulinowa lub test Quantiferon w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytynibem albo barycytynibem albo abrocytynibem;
- ⊗ ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu;
- ⊗ ocena nasilenia objawów choroby wg EASI;
- ⊗ ocena jakości życia wg DLQI u osób ≥ 18 r.ż., a u osób od 6 do 18 r.ż. skalą CDLQI;
- ⊗ test ciężowy u kobiet w wieku rozrodczym.

Biorąc pod uwagę zakres wyżej wymienionych badań, oszacowano, że koszt kwalifikacji do leczenia w programie lekowym wynosi minimalnie 177,00 PLN i jest równy sumie wycen procedur z *Zarządzenia ambulatoryjna opieka specjalistyczna*:

- ⊗ 89.00 *Porada lekarska, konsultacja, asysta w ramach świadczenia W11 Świadczenie specjalistyczne 1-go typu* dla oceny: ogólnego stanu zdrowia pacjenta, nasilenia objawów choroby wg EASI oraz jakości życia wg DLQI (44,00 PLN);
- ⊗ świadczenia W13 *Świadczenie specjalistyczne 3-go typu* wymagającego wykazanie co najmniej jednej procedury z listy W2 (87.440 *RTG klatki piersiowej*, L47 *Gonadotropina kosmówkowa (HCG)*, V48 *Wirus zapalenia wątroby typu C (HCV) Przeciwciała (anty-HCV)*) oraz co najmniej 3 procedur z listy W1 (pozostałe badania ujęte na liście) (133,00 PLN).

Oszacowano także, iż koszt kwalifikacji wynosi maksymalnie 321,00 PLN i jest równy sumie wycen procedur z *Zarządzenia ambulatoryjna opieka specjalistyczna*:

- ⊗ 3 procedur 89.00 *Porada lekarska, konsultacja, asysta w ramach świadczenia W11 Świadczenie specjalistyczne 1-go typu* przeprowadzanych oddzielnie dla oceny: ogólnego stanu zdrowia pacjenta, nasilenia objawów choroby wg EASI oraz jakości życia wg DLQI (łącznie 132,00 PLN);
- ⊗ świadczenia W15 *Świadczenie specjalistyczne 5-go typu* wymagającego wykazanie co najmniej jednej procedury z listy W8 (89.522 *Elektrokardiografia z 12 lub więcej odprowadzeniami (z opisem)*) (56,00 PLN).
- ⊗ świadczenia W13 *Świadczenie specjalistyczne 3-go typu* wymagającego wykazanie co najmniej jednej procedury z listy W2 (87.440 *RTG klatki piersiowej*, L47 *Gonadotropina kosmówkowa (HCG)*, V48 *Wirus zapalenia wątroby typu C (HCV)*)

Przeciwciała (anty-HCV) oraz co najmniej 3 procedur z listy W1 (pozostałe badania ujęte na liście) (133,00 PLN).

W analizie podstawowej uwzględniono średnią ze wskazanych wyżej wartości (249,00 PLN) jako koszt kwalifikacji do leczenia LEB, DUP, UPA, BAR, ABR i TRA w Programie lekowym B.124. Dokładne oszacowania przedstawiono w arkuszu kalkulacyjnym dołączonym do niniejszego raportu.

6.4. Koszty monitorowania leczenia

Zgodnie z zapisami *Programu lekowego B.124* w ramach monitorowania leczenia należy wykonać następujące badania:

- ⊗ morfologia krwi z rozmazem;
- ⊗ badania biochemiczne:
 - ⊗ oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,
 - ⊗ oznaczenie stężenie mocznika we krwi;
 - ⊗ oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB) lub oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP),
 - ⊗ oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (AIAT),
 - ⊗ oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AspAT),
 - ⊗ oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, cholesterolu HDL, cholesterolu LDL i triglicerydów (lipidogram) w przypadku monitorowania leczenia upadacytynibem albo barycytynibem albo abrocytynibem;
- ⊗ ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu;
- ⊗ ocena skuteczności zastosowanej terapii:
 - ⊗ ocena nasilenia objawów choroby wg EASI,
 - ⊗ ocena jakości życia wg DLQI u osób ≥ 18 r.ż., a u osób od 6 do 18 r.ż. skalą CDLQI.

Zgodnie z aktualnym *Zarządzeniem programy lekowe* badania diagnostyczne związane z monitorowaniem i oceną skuteczności leczenia w Programie lekowym B.124 odbywają się w ramach świadczenia *Diagnostyka w programie leczenia chorych z atopowym zapaleniem skóry*. Ryczałt roczny tego świadczenia wynosi 358,00 PLN i przyjęto, że jest rozliczany proporcjonalnie do czasu leczenia LEB, DUP, UPA, BAR, ABR i TRA w okresie aktywnej terapii.

W przypadku leczenia chorego BSC poza programem lekowym przyjęto zestaw badań monitorujących i częstotliwość monitorowania leczenia analogiczną jak w *Programie lekowym B.124*. Założono, że łączny koszt morfologii krwi oraz badań biochemicznych rozliczony zostanie w ramach świadczenia *W12 Świadczenie specjalistyczne 2-go typu* o koszcie równym 75,00 PLN [*Zarządzenie ambulatoryjna opieka specjalistyczna*]. Przyjęto także, iż ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta, nasilenia objawów choroby wg EASI oraz jakości życia wg DLQI zostanie rozliczona w ramach jednej porady lekarskiej w wariantcie minimalnym (44,00 PLN), 3 odrębnych porad lekarskich w wariantcie maksymalnym (132,00 PLN), a w analizie podstawowej uwzględniono średnią ze wskazanych wartości (88,00 PLN). W związku z powyższym uśredniony łączny koszt wykonania badań w ramach monitorowania leczenia chorego poza programem lekowym wynosi każdorazowo 163,00 PLN.

6.5. Podsumowanie kosztów różniących

Całkowite koszty różniące uwzględnione w analizie ekonomicznej zostały podsumowane w poniższej tabeli.

Tabela 15.
Koszty różniące w analizie podstawowej – podsumowanie (PLN)

Kategoria kosztowa		Perspektywa	Koszt w przeliczeniu na cykl (PLN)			
			Dzieci w wieku 12-17 lat		Dorośli	
			<60 kg	≥ 60 kg	≥ 65 lat	< 65 lat
Koszt leku w 1. cyklu	LEB z RSS	Płatnika publicznego i wspólna	████████	████████	████████	████████
	LEB bez RSS		████████	████████	████████	████████
	DUP		13 845,51	16 109,00	16 109,00	16 109,00
	UPA		7 699,97	7 699,97	7 699,97	14 989,04
	BAR		n/d	n/d	8 479,99	8 479,99
	ABR		n/d	n/d	7 768,01	9 880,87
	TRA		14 125,49	14 125,49	14 125,49	14 125,49
Koszt leku w 2. cyklu	LEB z RSS	Płatnika publicznego i wspólna	████████	████████	████████	████████
	LEB bez RSS		████████	████████	████████	████████
	DUP		7 691,95	8 949,45	8 949,45	8 949,45
	UPA		4 812,48	4 812,48	4 812,48	9 368,15
	BAR		n/d	n/d	5 299,99	5 299,99
	ABR		n/d	n/d	4 855,01	6 175,55
	TRA		7 252,35	7 252,35	7 252,35	7 252,35
	LEB z RSS		████████	████████	████████	████████

Kategoria kosztowa		Perspektywa	Koszt w przeliczeniu na cykl (PLN)			
			Dzieci w wieku 12-17 lat		Dorośli	
			<60 kg	≥ 60 kg	≥ 65 lat	< 65 lat
Koszt leku w kolejnych cyklach	LEB bez RSS	Płatnika publicznego i wspólna	████████	████████	████████	████████
	DUP		9 999,53	11 634,28	11 634,28	11 634,28
	UPA		6 256,22	6 256,22	6 256,22	12 178,59
	BAR		n/d	n/d	6 889,99	6 889,99
	ABR		n/d	n/d	6 311,51	8 028,21
	TRA		9 234,63	9 234,63	9 234,63	9 234,63
Koszt podania leku w 1. cyklu	LEB	Płatnika publicznego i wspólna	0,00	0,00	0,00	0,00
	DUP		0,00	0,00	0,00	0,00
	UPA		0,00	0,00	0,00	0,00
	BAR		n/d	n/d	0,00	0,00
	ABR		n/d	n/d	0,00	0,00
	TRA		0,00	0,00	0,00	0,00
Koszt podania leku w 2. cyklu	LEB	Płatnika publicznego i wspólna	0,00	0,00	0,00	0,00
	DUP		0,00	0,00	0,00	0,00
	UPA		0,00	0,00	0,00	0,00
	BAR		n/d	n/d	0,00	0,00
	ABR		n/d	n/d	0,00	0,00
	TRA		0,00	0,00	0,00	0,00
Koszt podania leku w kolejnych cyklach	LEB	Płatnika publicznego i wspólna	0,00	0,00	0,00	0,00
	DUP		0,00	0,00	0,00	0,00
	UPA		0,00	0,00	0,00	0,00
	BAR		n/d	n/d	0,00	0,00
	ABR		n/d	n/d	0,00	0,00
	TRA		0,00	0,00	0,00	0,00
Koszt najlepszego leczenia wspomagającego ¹³	nieodpowiadający na leczenie	Płatnika publicznego	516,16		516,16	242,58
		Wspólna	1 563,89		1 563,89	1 563,89
	odpowiadający na leczenie	Płatnika publicznego	261,21		261,21	122,76
		Wspólna	729,28		729,28	729,28
	aktywne terapie	Płatnika publicznego	0,21		0,21	0,12

¹³ Koszt w przeliczeniu na 13-tygodniowy cykl modelu

Kategoria kosztowa		Perspektywa	Koszt w przeliczeniu na cykl (PLN)			
			Dzieci w wieku 12-17 lat		Dorośli	
			<60 kg	≥ 60 kg	≥ 65 lat	< 65 lat
Koszt leczenia zaostrzeń choroby ¹³		Wspólna	6,97		6,97	6,97
	BSC	Płatnika publicznego	0,42		0,42	0,23
		Wspólna	38,84		38,84	38,84
Koszty kwalifikacji do leczenia w programie lekowym			249,00 ¹⁴			
Koszt monitorowania leczenia	aktywne terapie	Płatnika publicznego i wspólna	89,50 ¹³			
	BSC		163,00			

¹⁴ Koszt jednorazowy ponoszony w pierwszym cyklu leczenia w programie lekowym.

7. Założenia i dane wejściowe

W modelu wykorzystano najlepsze dostępne dane. Dla kluczowych parametrów i założeń przeprowadzono analizę wrażliwości oraz analizę scenariuszy. Dane wejściowe do modelu, przyjęte założenia związane z modelowaniem kosztów i wyników zdrowotnych, a także scenariusze analizy podstawowej oraz analizy wrażliwości zebrano w poniższych tabelach.

Tabela 16.
Dane wejściowe do modelu i przyjęte założenia

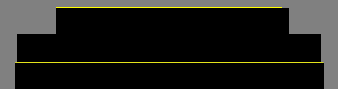





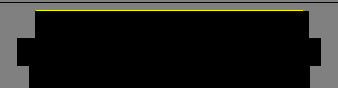





Parametr	Wartość parametru z analizy podstawowej	Zakres zmienności wartości parametru		Uzasadnienie przyjętego zakresu zmienności	Źródła danych dla wartości parametru
Parametry modelu					
Stopa dyskonta kosztów	5%	alter	0%	<i>Wytyczne AOTMiT</i>	<i>Wytyczne AOTMiT</i>
Stopa dyskonta wyników zdrowotnych	3,5%	alter	0%		
Tygodni w roku	52	n/d	n/d	n/d	Założenie
Długość pierwszego cyklu w modelu (tygodnie)	16	n/d	n/d	Wartość zgodna z czasem, po którym wykonywane jest pierwsze monitorowanie skuteczności leczenia w Programie lekowym B.124	<i>Program lekowy B.124</i>
Długość drugiego cyklu w modelu (tygodnie)	10	alter	13	Analiza podstawowa: Wartość zgodna z czasem, po którym wykonywane jest drugie monitorowanie skuteczności leczenia w Programie lekowym B.124 (po 26 tygodniach od rozpoczęcia leczenia w programie) Wartość alter: Zgodnie z zapisami Programu lekowego B.124 badania po pierwszym monitorowaniu wykonuje się co 3 miesiące, co sugerowałoby odstęp 13-tygodniowy od pierwszego monitorowania	<i>Program lekowy B.124</i>
Długość kolejnych cykli w modelu (tygodnie)	13	n/d	n/d	Wartość zgodna z częstotliwością kolejnych monitorowań skuteczności leczenia w Programie lekowym B.124	<i>Program lekowy B.124</i>
Horyzont czasowy - populacja dorosłych (cykle)	■	alter 1	40	Analiza podstawowa: W związku z tym, że zróżnicowany efekt zdrowotny porównywanych terapii utrzymuje się przez całe życie chorego, w analizie ekonomicznej przyjęto dożywotni horyzont czasowy (do ukończenia 100. roku życia) Wartość alter 1: 10-letni horyzont czasowy Wartość alter 2: 20-letni horyzont czasowy	Założenie
		alter 2	80		
Horyzont czasowy - populacja dzieci (cykle)	24	alter 1	4	Analiza podstawowa: W związku z tym, że zróżnicowany efekt zdrowotny porównywanych terapii utrzymuje się w czasie, w analizie ekonomicznej przyjęto maksymalny, tj. 6-letni horyzont czasowy (przedział wiekowy od 12 lat do 18. urodzin) Wartość alter 1: 1-roczy horyzont czasowy Wartość alter 2: 3-letni horyzont czasowy	Założenie
		alter 2	12		

Parametr	Wartość parametru z analizy podstawowej	Zakres zmienności wartości parametru		Uzasadnienie przyjętego zakresu zmienności	Źródła danych dla wartości parametru
Próg opłacalności (PLN/QALY)	217 641	n/d	n/d	n/d	Obwieszczenie Prezesa GUS
Wiek wejścia do modelu - populacja dorosłych (lata)	█	█	█	█	█
Wiek wejścia do modelu - populacja dzieci (lata)	12,0	alter	15,0	Analiza podstawowa: Najniższy dopuszczalny wiek w analizowanej populacji Wariant alter: Wartość wyznaczona w połowie przedziału wiekowego obejmującego analizowaną populację	Założenie
Odsetek mężczyzn	51,2%	alter	█	Analiza podstawowa: Odsetek mężczyzn w populacji chorych leczonych w Programie lekowym B.124 w latach 2021-2022 [Statystyki NFZ] █	Statystyki NFZ, █
Użyteczność chorych █ █	█	█	█	█	Zimmermann 2018, NICE Baricitinib, Hsieh 2021, Poole 2009, Andersen 2020, Vietri 2017, Poole 2010, Misery 2018, Nyberg 2018, Kleyn 2022, Koszoru 2022, Koszoru 2023

Parametr	Wartość parametru z analizy podstawowej	Zakres zmienności wartości parametru		Uzasadnienie przyjętego zakresu zmienności	Źródła danych dla wartości parametru
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	
<p>Użyteczność chorych</p> <p>[REDACTED]</p>	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	<p>Zimmermann 2018, NICE Baricitinib, Hsieh 2021, Poole 2009, Andersen 2020, Vietri 2017, Poole 2010, Misery 2018, Nyberg 2018, Kleyn 2022, Koszoru 2022, Koszoru 2023</p>
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	

Parametr	Wartość parametru z analizy podstawowej	Zakres zmienności wartości parametru		Uzasadnienie przyjętego zakresu zmienności	Źródła danych dla wartości parametru
Odsetek dorosłych chorych w wieku poniżej 65 lat z ryzykiem VTE, MACE i nowotworu złośliwego	5,3%	min	3,9%	<p>Analiza podstawowa: Parametr oszacowany na podstawie danych o odsetkach z ryzykiem VTE, MACE i nowotworu w populacji duńskich dorosłych chorych na AZS [Vitrup 2024 suplement] przy założeniu niezależności poszczególnych ryzyk. W związku z raportowaniem odsetków oddzielnie w grupach wiekowych 18-49 lat oraz 50-64 lata zastosowano formułę ważenia w oparciu o dane dotyczące liczebności chorych w grupach wiekowych [Statystyki NFZ] oraz dane o rozkładzie populacji generalnej [Ludność GUS].</p> <p>Wariant min: Odsetek oszacowany dla grupy wiekowej 18-49 lat Wariant max: Odsetek oszacowany dla grupy wiekowej 50-64 lata</p>	Vitrup 2024 suplement, Ludność GUS, Statystyki NFZ
		max	14,2%		
Odsetek chorych przyjmujących TRA co 4 tygodnie w fazie leczenia podtrzymującego	19,0%	alter	0,0%	<p>Analiza podstawowa: Odsetek chorych, u których po 16 tygodniach badania uzyskano skórę czystą lub prawie czystą (IGA 0-1) [Simpson 2024].</p> <p>Wariant alter: Ze względu na dużą niepewność związaną z przejściem na dawkowanie co 4 tygodnie (lekarz może podjąć taką decyzję przy ustąpieniu zmian skórnych, ale nie musi), w analizie podstawowej uwzględniono wariant najbardziej konserwatywny (wszyscy chorzy ze skórą czystą lub prawie czystą stosują rzadsze dawkowanie TRA), a w analizie wrażliwości testowano wariant skrajny, w ramach którego żaden z chorych nie przechodzi na dawkowanie co 4 tygodnie.</p>	Simpson 2024
Parametry kliniczne (skuteczność i bezpieczeństwo)					

Parametr	Wartość parametru z analizy podstawowej	Zakres zmienności wartości parametru		Uzasadnienie przyjętego zakresu zmienności	Źródła danych dla wartości parametru
[REDACTED]		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	NICE Dupilumab
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	NICE Dupilumab
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	NICE Dupilumab
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	

Parametr	Wartość parametru z analizy podstawowej	Zakres zmienności wartości parametru		Uzasadnienie przyjętego zakresu zmienności	Źródła danych dla wartości parametru
Parametry kosztowe					
VAT	8%	n/d	n/d	<i>Ustawa o refundacji</i>	<i>Ustawa o refundacji</i>
Marża hurtowa	6%	n/d	n/d	<i>Ustawa o refundacji</i>	<i>Ustawa o refundacji</i>
					
					
Koszt DUP za 1 mg ampułko-strzykawki o zawartości 300 mg (PLN)	5,97	n/d	n/d	n/d	<i>Dane przetargowe</i>
Koszt DUP za 1 mg ampułko-strzykawki o zawartości 200 mg (PLN)	7,69	n/d	n/d	n/d	<i>Dane przetargowe</i>
Koszt UPA za 1 mg (PLN)	4,58	n/d	n/d	n/d	<i>Dane przetargowe</i>
Koszt BAR za 1 mg tabletki o zawartości 2 mg (PLN)	37,86	n/d	n/d	n/d	<i>Dane przetargowe</i>
Koszt BAR za 1 mg tabletki o zawartości 4 mg (PLN)	18,93	n/d	n/d	n/d	<i>Dane przetargowe</i>
Koszt ABR za 1 mg tabletki o zawartości 100 mg (PLN)	0,69	n/d	n/d	n/d	<i>Dane przetargowe</i>
Koszt ABR za 1 mg tabletki o zawartości 200 mg (PLN)	0,45	n/d	n/d	n/d	<i>Dane przetargowe</i>
Koszt TRA za 1 mg (PLN)	5,23	n/d	n/d	n/d	<i>Dane przetargowe</i>

Parametr	Wartość parametru z analizy podstawowej	Zakres zmienności wartości parametru		Uzasadnienie przyjętego zakresu zmienności	Źródła danych dla wartości parametru
Koszt tygodniowy najlepszego leczenia wspomagającego	Tabela 10.	n/d	n/d	<p>Analiza podstawowa: uwzględniono średnie koszty poszczególnych substancji (w przypadku leków z Wykazu leków refundowanych ważne udziałami z Danych NFZ) przy założeniu dawkowania z opracowań NICE Dupilumab, NICE Baricitinib, NICE 2022</p> <p>Wartości min: uwzględniono minimalne koszty poszczególnych substancji</p> <p>Wartości max: uwzględniono maksymalne koszty poszczególnych substancji</p> <p>Przyjęcie wartości minimalnych lub maksymalnych testowano łącznie w ramach obszaru modelowanego jako "Koszt tygodniowy najlepszego leczenia wspomagającego"</p>	NICE Dupilumab, NICE Baricitinib, NICE 2022, Wykaz leków refundowanych, Dane NFZ, Medycyna Praktyczna, Apteka DOZ.pl
Koszt tygodniowy leczenia zaostrzeń choroby	Tabela 13.	n/d	n/d	<p>Analiza podstawowa: uwzględniono średnie koszty poszczególnych substancji (w przypadku leków z Wykazu leków refundowanych ważne udziałami z Danych NFZ) przy założeniu dawkowania z opracowań NICE Dupilumab, NICE Baricitinib, NICE 2022</p> <p>Wartości min: uwzględniono minimalne koszty poszczególnych substancji</p> <p>Wartości max: uwzględniono maksymalne koszty poszczególnych substancji</p> <p>Przyjęcie wartości minimalnych lub maksymalnych testowano łącznie w ramach obszaru modelowanego jako "Koszt tygodniowy leczenia zaostrzeń choroby"</p>	NICE Dupilumab, NICE Baricitinib, NICE 2022, Wykaz leków refundowanych, Dane NFZ, Medycyna Praktyczna
Koszt kwalifikacji do leczenia w programie lekowym (PLN)	249,00	min	177,00	<p>Analiza podstawowa: Wartość średnia z wariantów minimalnego i maksymalnego</p> <p>Wartości min: Oszacowanie wykonane przy założeniu minimalnego wykorzystania świadczeń obejmujących badania kwalifikujące do programu (jedna porada lekarska związana z oceną ogólnego stanu zdrowia pacjenta, oceną nasilenia objawów choroby wg EASI oraz oceną jakości życia wg DLQI)</p>	Zarządzenie ambulatoryjna opieka specjalistyczna
		max	321,00	<p>Wartości max: Oszacowanie wykonane przy założeniu maksymalnego wykorzystania świadczeń obejmujących badania kwalifikujące do programu (odrębne porady lekarskie związane z oceną ogólnego stanu zdrowia pacjenta, oceną nasilenia objawów choroby wg EASI oraz oceną jakości życia wg DLQI; dodatkowe świadczenie związane z wykonaniem procedury <i>Elektrokardiografia z 12 lub więcej odprowadzeniami (z opisem)</i>)</p>	

Parametr	Wartość parametru z analizy podstawowej	Zakres zmienności wartości parametru		Uzasadnienie przyjętego zakresu zmienności	Źródła danych dla wartości parametru
Koszt monitorowania w programie lekowym - ryczałt roczny (PLN)	358,00	n/d	n/d	Zgodnie z wyceną świadczenia <i>Diagnostyka w programie leczenia chorych z atopowym zapaleniem skóry</i> Przyjęto, że koszt ten rozliczany jest proporcjonalnie do czasu leczenia w programie lekowym.	Zarządzenie programy lekowe
Koszt badań w ramach monitorowania chorego na AZS poza PL (PLN)	163,00	min	119,00	Przyjęto zestaw badań monitorujących i częstotliwość monitorowania leczenia analogiczną jak w <i>Programie lekowym B.124</i> . Analiza podstawowa: Wartość średnia z wariantów minimalnego i maksymalnego Wartości min: Oszacowanie wykonane przy założeniu jednej porady lekarskiej związanej z oceną ogólnego stanu zdrowia pacjenta, oceną nasilenia objawów choroby wg EASI oraz oceną jakości życia wg DLQI Wartości max: Oszacowanie wykonane przy założeniu odrębnych porad lekarskich związanych z oceną ogólnego stanu zdrowia pacjenta, oceną nasilenia objawów choroby wg EASI oraz oceną jakości życia wg DLQI	Zarządzenie ambulatoryjna opieka specjalistyczna
		max	207,00		
Koszt świadczenia przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu (PLN)	108,16	n/d	n/d	n/d	Zarządzenie programy lekowe

Tabela 17.
Scenariusze analizy podstawowej i analizy wrażliwości

Obszar modelowania	Scenariusz analizy podstawowej	Scenariusz rozpatrywanych w ramach analizy wrażliwości		Uzasadnienie scenariuszy	Źródła danych dla modelowania scenariuszy
Stopa dyskonta kosztów i wyników zdrowotnych	5% dla kosztów i 3,5% dla wyników zdrowotnych	alter	0% dla kosztów i 0% dla wyników zdrowotnych	Wartości rozpatrywane w analizie podstawowej oraz analizie scenariuszy są regulowane przez <i>Wytyczne AOTMiT</i>	<i>Wytyczne AOTMiT</i>
Koszt tygodniowy najlepszego leczenia wspomagającego	wariant podstawowy	min	wariant minimalny	W analizie podstawowej przyjęto średnie koszty poszczególnych substancji czynnych (w przypadku leków refundowanych ważone udziałami z <i>Danych NFZ</i>).	<i>NICE Dupilumab, NICE Baricitinib, NICE 2022, Wykaz leków refundowanych, Dane NFZ, Medycyna Praktyczna, Apteka DOZ.pl</i>
		max	wariant maksymalny	W analizie scenariuszy testowano przyjęcie jednocześnie minimalnych lub maksymalnych kosztów poszczególnych substancji czynnych składających się na leczenie wspomagające.	
Koszt tygodniowy leczenia zaostrzeń choroby	wariant podstawowy	min	wariant minimalny	W analizie podstawowej przyjęto średnie koszty poszczególnych substancji czynnych (w przypadku leków refundowanych ważone udziałami z <i>Danych NFZ</i>).	<i>NICE Dupilumab, NICE Baricitinib, NICE 2022, Wykaz leków refundowanych, Dane NFZ, Medycyna Praktyczna</i>
		max	wariant maksymalny	W analizie scenariuszy testowano przyjęcie jednocześnie minimalnych lub maksymalnych kosztów poszczególnych substancji czynnych składających się na leczenie zaostrzeń choroby.	
Korekta połowy cyklu dla kosztów	NIE	alter	TAK	Analiza podstawowa: W przypadku kosztów uwzględniono brak korekty połowy cyklu, ponieważ chory może zmieniać linie leczenia po monitorowaniach, których częstotliwość jest spójna z długością cykli w modelu (innymi słowy chory może kończyć bądź zmieniać terapie pomiędzy kolejnymi cyklami, a nie w środku cyklu; w związku z tym zastosowanie korekty połowy cyklu w analizie nie jest uzasadnione, ponieważ prowadziłyby do otrzymywania zaniżonych oszacowań kosztowych). W przypadku jakości życia następują ciągłe zmiany w czasie, w związku z tym wynik zdrowotny szacowany jest z uwzględnieniem korekty połowy cyklu. Wariant alter: Hipotetyczny wariant z uwzględnieniem korekty połowy cyklu w oszacowaniach kosztowych.	Założenie

Obszar modelowania	Scenariusz analizy podstawowej	Scenariusz rozpatrywanych w ramach analizy wrażliwości		Uzasadnienie scenariuszy	Źródła danych dla modelowania scenariuszy
[Redacted]	■	■	■	[Redacted]	■
[Redacted]	■	■	■	[Redacted]	■
[Redacted]	[Redacted]	■	[Redacted]	[Redacted]	■

Obszar modelowania	Scenariusz analizy podstawowej	Scenariusz rozpatrywanych w ramach analizy wrażliwości		Uzasadnienie scenariuszy	Źródła danych dla modelowania scenariuszy
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
Źródło danych do oszacowania użyteczności chorych [Redacted]	Zimmermann 2018	alter 1	NICE Baricitinib	[Redacted]	NICE Baricitinib, Zimmermann 2018, Hsieh 2021, Poole 2009, Andersen 2020, Vietri 2017, Poole 2010, Misery 2018, Nyberg 2018, Kleyn 2022, Koszoru 2022, Koszoru 2023
		alter 2	Hsieh 2021	[Redacted]	
		alter 3	Poole 2009	[Redacted]	
		alter 4	Andersen 2020	[Redacted]	
		alter 5	Vietri 2017	[Redacted]	
		alter 6	Poole 2010	[Redacted]	

Obszar modelowania	Scenariusz analizy podstawowej	Scenariusz rozpatrywanych w ramach analizy wrażliwości		Uzasadnienie scenariuszy	Źródła danych dla modelowania scenariuszy
		alter 7	Misery 2018	[Redacted]	
		alter 8	Nyberg 2018	[Redacted]	
		alter 9	Kleyn 2022	[Redacted]	
		alter 10	Koszoru 2022	[Redacted]	
		alter 11	Koszoru 2023	[Redacted]	
Źródło danych do oszacowania użyteczności chorych [Redacted]	NICE Baricitinib i Zimmermann 2018	alter 1	Hsieh 2021 (Koszoru 2022, Koszoru 2023)		NICE Baricitinib, Zimmermann 2018, Hsieh 2021, Poole 2009, Andersen 2020, Misery 2018, Koszoru 2022, Koszoru 2023
		alter 2	Poole 2009		
		alter 3	Andersen 2020		
		alter 4	Misery 2018		
Naliczanie kosztu podskórnego podania leku	brak	alter 1	pierwsze podanie	<p>Analiza podstawowa: Przyjęto, że chory przyjmuje lek samodzielnie, nie jest zatem generowany koszt związany z jego podaniem</p> <p>Wariant alter 1: Wariant, w którym chory samodzielnie podaje sobie lek po odpowiednim przeszkoleniu w zakresie techniki wykonywania wstrzyknięć podskórnych (stąd naliczany jest jedynie koszt przeszkolenia przy pierwszym podaniu leku, a konkretnie koszt świadczenia przyjęcia pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu)</p> <p>Wariant alter 2: Każde podskórne podanie leku wymaga wizyty w placówce opieki zdrowotnej (każdorazowo naliczany jest koszt świadczenia przyjęcia pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu)</p>	Założenie
		alter 2	wszystkie podania		

8. Wyniki analizy

8.1. Analiza minimalizacji kosztów

Podstawowymi wynikami analizy minimalizacji kosztów są inkrementalny koszt całkowity oraz cena progowa wnioskowanej technologii medycznej.

Wyniki przedstawiono w perspektywie płatnika publicznego oraz w perspektywie wspólnej w wariancie z RSS i bez RSS.

Tabela 18.
Wyniki analizy CMA w perspektywie płatnika publicznego z uwzględnieniem RSS

Kategoria	Dorośli z wynikiem EASI ≥ 20			Dzieci w wieku 12-17 lat z wynikiem EASI ≥ 20		
	LEB	■	■	LEB	■	■
Całkowity koszt różniący (PLN)	■	■	■	■	■	■
Koszt lebrykizumabu (PLN)	■	■	■	■	■	■
Koszt pozostałych leków w programie lekowym (PLN)	■	■	■	■	■	■
Koszt podania leku (PLN)	■	■	■	■	■	■
Koszt najlepszego leczenia wspomagającego (PLN)	■	■	■	■	■	■
Koszt leczenia zaostrzeń choroby (PLN)	■	■	■	■	■	■
Koszt kwalifikacji do leczenia w programie lekowym (PLN)	■	■	■	■	■	■
Koszt monitorowania leczenia (PLN)	■	■	■	■	■	■
QALY	■	■	■	■	■	■
Koszt inkrementalny vs komparator (PLN)	■	■	■	■	■	■
Progowa CZN za opak. Ebglyss® (PLN)	■	■	■	■	■	■

Tabela 19.
Wyniki analizy CMA w perspektywie wspólnej z uwzględnieniem RSS

Kategoria	Dorośli z wynikiem EASI ≥ 20			Dzieci w wieku 12-17 lat z wynikiem EASI ≥ 20		
	LEB	■	■	LEB	■	■
Całkowity koszt różniący (PLN)	■	■	■	■	■	■
Koszt lebrykizumabu (PLN)	■	■	■	■	■	■
Koszt pozostałych leków w programie lekowym (PLN)	■	■	■	■	■	■
Koszt podania leku (PLN)	■	■	■	■	■	■
Koszt najlepszego leczenia wspomagającego (PLN)	■	■	■	■	■	■
Koszt leczenia zaostrzeń choroby (PLN)	■	■	■	■	■	■
Koszt kwalifikacji do leczenia w programie lekowym (PLN)	■	■	■	■	■	■
Koszt monitorowania leczenia (PLN)	■	■	■	■	■	■
QALY	■	■	■	■	■	■
Koszt inkrementalny vs komparator (PLN)	■	■	■	■	■	■
Progowa CZN za opak. Ebglyss® (PLN)	■	■	■	■	■	■

Tabela 20.
Wyniki analizy CMA w perspektywie płatnika publicznego bez uwzględnienia RSS

Kategoria	Dorośli z wynikiem EASI ≥ 20			Dzieci w wieku 12-17 lat z wynikiem EASI ≥ 20		
	LEB	■	■	LEB	■	■
Całkowity koszt różniący (PLN)	■	■	■	■	■	■
Koszt lebrykizumabu (PLN)	■	■	■	■	■	■
Koszt pozostałych leków w programie lekowym (PLN)	■	■	■	■	■	■
Koszt podania leku (PLN)	■	■	■	■	■	■
Koszt najlepszego leczenia wspomagającego (PLN)	■	■	■	■	■	■
Koszt leczenia zaostrzeń choroby (PLN)	■	■	■	■	■	■
Koszt kwalifikacji do leczenia w programie lekowym (PLN)	■	■	■	■	■	■
Koszt monitorowania leczenia (PLN)	■	■	■	■	■	■
QALY	■	■	■	■	■	■
Koszt inkrementalny vs komparator (PLN)	n/d	191 506,67	306 050,00	n/d	130 240,66	193 105,32
Progowa CZN za opak. Ebglyss® (PLN)	■	■	■	■	■	■

Tabela 21.
Wyniki analizy CMA w perspektywie wspólnej bez uwzględnienia RSS

Kategoria	Dorośli z wynikiem EASI ≥ 20			Dzieci w wieku 12-17 lat z wynikiem EASI ≥ 20		
	LEB	■	■	LEB	■	■
Całkowity koszt różniący (PLN)	■	■	■	■	■	■
Koszt lebrykizumabu (PLN)	■	■	■	■	■	■
Koszt pozostałych leków w programie lekowym (PLN)	■	■	■	■	■	■
Koszt podania leku (PLN)	■	■	■	■	■	■
Koszt najlepszego leczenia wspomagającego (PLN)	■	■	■	■	■	■
Koszt leczenia zaostrzeń choroby (PLN)	■	■	■	■	■	■
Koszt kwalifikacji do leczenia w programie lekowym (PLN)	■	■	■	■	■	■
Koszt monitorowania leczenia (PLN)	■	■	■	■	■	■
QALY	■	■	■	■	■	■
Koszt inkrementalny vs komparator (PLN)	n/d	191 506,67	306 050,00	n/d	130 240,66	193 105,32
Progowa CZN za opak. Ebglyss® (PLN)	■	■	■	■	■	■

8.2. Analiza kosztów-użyteczności

Podstawowymi wynikami analizy kosztów-użyteczności są inkrementalny współczynnik kosztów-użyteczności (ICUR) oraz cena progowa wnioskowanej technologii medycznej.

Wyniki przedstawiono w perspektywie płatnika publicznego oraz w perspektywie wspólnej w wariacie z RSS i bez RSS.

8.3. Analiza CUR

Zgodnie z art. 13. ust. 3. i 4. *Ustawy o refundacji oraz Rozporządzeniem MZ w sprawie minimalnych wymagań*, ponieważ w ramach *Analizy klinicznej* nie odnaleziono randomizowanych badań klinicznych wykazujących wyższą skuteczność technologii wnioskowanej od technologii dotychczas refundowanych w danym wskazaniu, obliczono współczynniki kosztów-użyteczności (CUR) dla porównywanych schematów. Na tej podstawie oszacowano cenę zbytu netto technologii wnioskowanej, przy której koszt stosowania nie jest wyższy od kosztu technologii dotychczas refundowanej w analizowanym wskazaniu o najkorzystniejszym współczynniku uzyskiwanych efektów zdrowotnych do kosztów ich uzyskania (w przypadku populacji dorosłych z wynikiem EASI ≥ 20 tą technologią jest abrocytynib, natomiast w przypadku populacji dzieci w wieku 12-17 lat z wynikiem EASI ≥ 20 upadacytynib).

Tabela 26.
Współczynniki kosztów użyteczności uzyskane dla technologii dotychczas refundowanych – populacja dorosłych z wynikiem EASI ≥ 20

Technologia	Całkowity koszt (PLN)	QALY	CUR
Perspektywa płatnika publicznego			
DUP	████████	██████	27 018,32
UPA	████████	██████	35 983,83
TRA	████████	██████	29 769,99
BAR	████████	██████	24 736,53
ABR	████████	██████	18 978,73
Perspektywa wspólna			
DUP	████████	██████	31 891,14
UPA	████████	██████	39 543,82
TRA	████████	██████	33 552,16
BAR	████████	██████	28 747,40
ABR	████████	██████	23 851,55

Tabela 27.

Współczynniki kosztów użyteczności uzyskane dla technologii dotychczas refundowanych – populacja dzieci w wieku 12-17 lat z wynikiem EASI ≥ 20

Technologia	Całkowity koszt (PLN)	QALY	CUR
Perspektywa płatnika publicznego			
DUP	████████	████	40 519,41
UPA	████████	████	25 294,59
TRA	████████	████	42 221,27
Perspektywa wspólna			
DUP	████████	████	43 967,60
UPA	████████	████	28 742,78
TRA	████████	████	44 924,97

Tabela 28.

Wyniki analizy CUR – populacja dorosłych z wynikiem EASI ≥ 20

Parametr	LEB	ABR
Perspektywa płatnika publicznego z uwzględnieniem RSS		
CUR	████████	18 978,73
Cena zbytu netto leku za opak. Ebglyss® zgodna z art. 13 (PLN)	████████	
Perspektywa wspólna z uwzględnieniem RSS		
CUR	████████	23 851,55
Cena zbytu netto leku za opak. Ebglyss® zgodna z art. 13 (PLN)	████████	
Perspektywa płatnika publicznego bez uwzględnienia RSS		
CUR	40 459,83	18 978,73
Cena zbytu netto leku za opak. Ebglyss® zgodna z art. 13 (PLN)	████████	
Perspektywa wspólna bez uwzględnienia RSS		
CUR	45 332,65	23 851,55
Cena zbytu netto leku za opak. Ebglyss® zgodna z art. 13 (PLN)	████████	

Tabela 29.
Wyniki analizy CUR – populacja dzieci w wieku 12-17 lat z wynikiem EASI \geq 20

Parametr	LEB	UPA
Perspektywa płatnika publicznego z uwzględnieniem RSS		
CUR	████████	25 294,59
Cena zbytu netto leku za opak. Ebglyss® zgodna z art. 13 (PLN)	████████	
Perspektywa wspólna z uwzględnieniem RSS		
CUR	████████	28 742,78
Cena zbytu netto leku za opak. Ebglyss® zgodna z art. 13 (PLN)	████████	
Perspektywa płatnika publicznego bez uwzględnienia RSS		
CUR	72 061,62	25 294,59
Cena zbytu netto leku za opak. Ebglyss® zgodna z art. 13 (PLN)	████████	
Perspektywa wspólna bez uwzględnienia RSS		
CUR	75 509,81	28 742,78
Cena zbytu netto leku za opak. Ebglyss® zgodna z art. 13 (PLN)	████████	

9. Jednokierunkowa analiza wrażliwości i analiza scenariuszy

Jednokierunkową analizę wrażliwości przeprowadzono dla parametrów, które w największym stopniu obarczone są niepewnością i mają potencjalnie największy wpływ na wyniki. Dla parametrów tych przeprowadzono analizę wartości skrajnych (ang. *extreme value analysis*), która ocenia wpływ na wyniki analizy przyjęcia przez te parametry wartości ekstremalnych.

W ramach analizy wrażliwości wykonano również analizę scenariuszy, w przypadku której testowano alternatywne założenia dla modelowania wyników zdrowotnych i kosztów lub też testowano przyjmowanie alternatywnych wartości przez wiele parametrów jednocześnie.

Parametry użyte w jednokierunkowej analizie wrażliwości oraz warianty testowane w analizie scenariuszy wraz z zakresem zmienności, źródłem danych oraz uzasadnieniem zakresów zmienności wskazano w rozdziale 7.

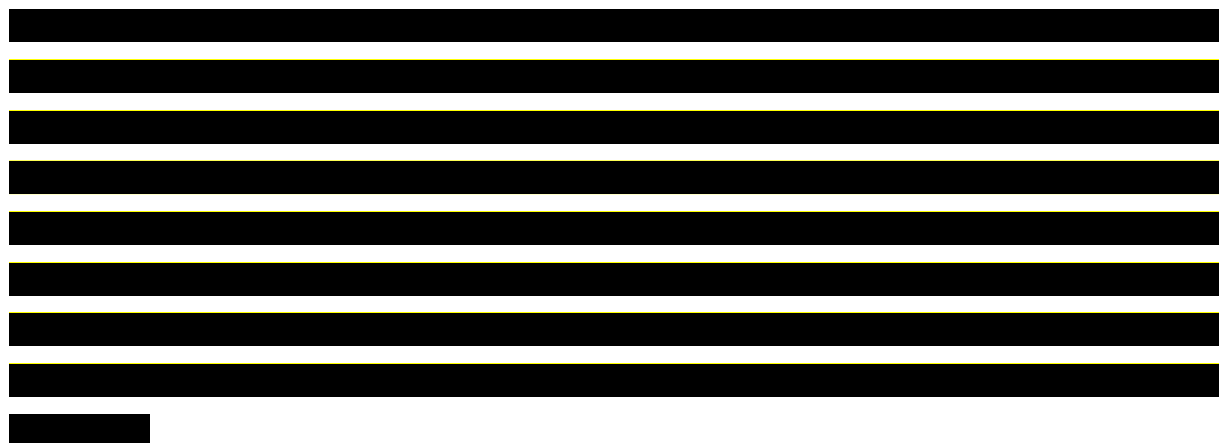
Ze względu na znaczne rozmiary tabel wynikowych szczegółowe rezultaty jednokierunkowej analizy wrażliwości oraz analizy scenariuszy przedstawiono w załączniku (rozdział 15.4.).

W tabelach przedstawiono również podsumowanie kosztów i konsekwencji związanych ze stosowaniem rozpatrywanych technologii medycznych w omawianym wskazaniu. Zakres zmienności został określony w ramach wyników generowanych przez model w przypadku doboru alternatywnych wartości parametrów wykorzystanych w analizie (w zestawieniu kosztów i konsekwencji nie uwzględniono zmiany stopy dyskonta kosztów oraz zmiany długości horyzontu czasowego analizy¹⁵).

Wyniki przeprowadzonej jednokierunkowej analizy wrażliwości oraz analizy scenariuszy wskazują, że przy uwzględnieniu proponowanego przez Wnioskodawcę instrumentu podziału ryzyka największy wpływ na wyniki analizy mają różne zestawy alternatywnych parametrów/scenariuszy w zależności od komparatora, zastosowanej techniki analitycznej czy analizowanej populacji:



¹⁵ przyjęto, że parametry te mają na tyle duży wpływ na wyniki analizy, że uniemożliwiają zinterpretowanie niepewności oszacowania wyników w praktyce



W wariancie bez uwzględnienia instrumentu podziału ryzyka wnioskowanie z analizy nie ulega zmianie przy wyborze alternatywnych parametrów/scenariuszy.

10. Wielokierunkowa analiza wrażliwości

Zgodnie z *Wytycznymi AOTMiT* w celu określenia niepewności wyników oszacowań analizy należy przeprowadzić również wielokierunkową (probabilistyczną) analizę wrażliwości (AWW), w której uwzględnia się parametry, mające potencjalnie największy wpływ na zmianę wyników analizy podstawowej. Ze względu na wybór techniki analitycznej minimalizacji kosztów dla

odstąpiono od przeprowadzania wielokierunkowej analizy wrażliwości dla porównania z wymienionymi wyżej komparatorami.

Zmienne użyte w wielokierunkowej analizie wrażliwości wraz z parametrami uwzględnionych rozkładów do modelowania zmienności wskazano w poniższej tabeli. W przypadku większości zmiennych (poza wiekiem wejścia do modelu oraz) wartość błędu standardowego przyjęto na poziomie 5% wartości średniej przyjętej w analizie podstawowej.

Tabela 30.
Parametry rozkładów dla zmiennych uwzględnianych w wielokierunkowej analizie wrażliwości

Zmienna	Rozkład	Parametry rozkładu				Źródło danych
		Średnia	SE	Alfa	Beta	
Wiek wejścia do modelu - populacja dorosłych (lata)	Normalny					
Odsetek mężczyzn	Beta	51,2%	0,026	194,78	185,83	Statystyki NFZ
						Zimmermann 2018
						Zimmermann 2018
						NICE Baricitinib

¹⁶ W zależności od wybranej populacji (umiarkowanej lub ciężkiej) uwzględniono warunek ograniczający, by wartość probabilistyczna parametru nie była mniejsza niż wartość probabilistyczna parametru „Użyteczność chorych nieodpowiadających na leczenie”.

Zmienna	Rozkład	Parametry rozkładu				Źródło danych
		Średnia	SE	Alfa	Beta	
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	NICE Baricitinib
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	Zimmermann 2018
Odsetek dorosłych chorych w wieku poniżej 65 lat z ryzykiem VTE, MACE i nowotworu złośliwego	Beta	5,3%	0,003	378,60	6716,15	Vittrup 2024 suplement
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	NICE Dupilumab
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	NICE Dupilumab
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	NICE Dupilumab
Koszt kwalifikacji do leczenia w programie lekowym (PLN)	Trójkątny	249,00	n/d	177,00	321,00	Zarządzenie ambulatoryjna opieka specjalistyczna
Koszt badań w ramach monitorowania chorego na AZS poza PL (PLN)	Trójkątny	163,00	n/d	119,00	207,00	Zarządzenie ambulatoryjna opieka specjalistyczna

[REDACTED]

Dla tak określonych rozkładów parametrów przeprowadzono 1000 symulacji metodą Monte Carlo (przy użyciu programu MS Excel).

10.1. Wyniki wielokierunkowej analizy wrażliwości w formie ilościowej

Porównanie wyników analizy podstawowej i AWW dla technologii wnioskowanej i komparatorów oraz prawdopodobieństwa efektywności kosztowej lebrykizumabu (przy założeniach progu opłacalności 217 641 PLN/QALY) w perspektywie płatnika publicznego oraz perspektywie wspólnej przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela 34.
Porównanie wartości z analizy podstawowej z wynikami uzyskanymi w wielokierunkowej analizie wrażliwości – perspektywa wspólna bez uwzględnienia RSS

Kategoria	Lebrykizumab vs					
Inkrementalny koszt (PLN)						
Wartość z analizy podstawowej						
Średnia wartość z AWW						
Dolna granica 95% przedziału ufności						
Górna granica 95% przedziału ufności						
Inkrementalne QALY						
Wartość z analizy podstawowej						
Średnia wartość z AWW						
Dolna granica 95% przedziału ufności						
Górna granica 95% przedziału ufności						
ICUR (PLN/QALY)						
Wartość z analizy podstawowej	terapia zdominowana	2 154 260,74	792 249,55	2 725 542,10	427 608,60	623 057,07
Średnia wartość z AWW	n/d	n/d	817 779,25	n/d	441 308,58	651 821,95
Dolna granica 95% przedziału ufności	n/d	n/d	538 854,68	n/d	273 360,09	409 425,40
Górna granica 95% przedziału ufności	n/d	n/d	1 358 565,71	n/d	761 016,52	1 121 775,77
Prawdopodobieństwo efektywności kosztowej						

10.2. Wyniki wielokierunkowej analizy wrażliwości w formie jakościowej (graficznej)

Wyniki wielokierunkowej analizy wrażliwości w postaci graficznej – pary kosztów i odpowiadających im efektów zdrowotnych dla porównania technologii wnioskowanej i komparatorów (będących rezultatem analizy probabilistycznej wykonanej dla 1000 symulacji) oraz krzywe opłacalności kosztowej (CEAC) przedstawiono w załączniku (rozdział 15.5.).

11. Walidacja modelu

W celu ujawnienia ewentualnych błędów przeprowadzono walidację modelu. Jednym z jej elementów była analiza scenariuszy oraz analiza wrażliwości, której wyniki przedstawiono w rozdziale 15.4.

Zgodnie z *Wytycznymi AOTMiT* w niniejszej analizie dokonano walidacji modelu składającej się z 3 części: walidacji wewnętrznej, walidacji konwergencji oraz walidacji zewnętrznej.

11.1. Walidacja wewnętrzna

W celu ujawnienia ewentualnych błędów związanych z wprowadzaniem danych do modelu dokonano walidacji wewnętrznej. Jednym z jej elementów było testowanie wartości kluczowych parametrów wprowadzanych do modelu. Sprawdzono, czy użycie wartości zerowych bądź skrajnych dla poszczególnych parametrów (rozpatrywano parametry niewymagające testowania w analizie wrażliwości i scenariuszy lub nierealne wartości tych parametrów) przynosi oczekiwane skutki w ostatecznych wynikach modelu (zwłaszcza w całkowitych kosztach różniących / wyniku QALY). Podsumowanie tej części walidacji przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela 35.
Wyniki walidacji wewnętrznej²¹

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

[REDACTED]

W ramach walidacji wewnętrznej sprawdzono także, czy w każdym kolejnym cyklu odsetki chorych znajdujących się w rozpatrywanych w modelu stanach sumują się do wartości zgodnych z założeniami modelu. Rozważono następujące równania (w ramach wszystkich ramion w modelach):



W ramach walidacji wszystkie powyższe równania zostały spełnione.

11.2. Walidacja konwergencji

W ramach walidacji konwergencji dokonuje się porównania modelu opisanego w analizie ekonomicznej z innymi modelami dotyczącymi tego samego problemu zdrowotnego. W wyniku przeglądu systematycznego wykonanego w ramach niniejszej analizy dla populacji wskazanej we wniosku (rozdział 15.2.) nie odnaleziono jednak żadnej analizy ekonomicznej w omawianym problemie zdrowotnym dla zastosowania wnioskowanej interwencji. W związku z powyższym przeprowadzenie walidacji konwergencji nie było możliwe.

11.3. Walidacja zewnętrzna

W ramach walidacji zewnętrznej dokonuje się oceny zgodności sposobu modelowania, zastosowanych danych wejściowych z bezpośrednimi dowodami empirycznymi. Zgodnie z *Wytycznymi AOTMiT* ten element walidacji powinien polegać na porównaniu pośrednich danych wyjściowych modelu z opublikowanymi wynikami długoterminowych badań.

Walidacja zewnętrzna w postaci zalecanej przez AOTMiT nie była możliwa do przeprowadzenia ze względu na brak opublikowanych długoterminowych badań (o wieloletnim horyzoncie czasowym, tj. kilkunasto- lub kilkudziesięcioletnim) oceniających skuteczność analizowanej interwencji. Należy jednak podkreślić, że w analizie uwzględniono najlepsze dostępne dane, a ponadto przeprowadzono analizę wrażliwości oraz analizę scenariuszy, w których testowano przyjęcie alternatywnych wartości parametrów określających skuteczność porównywanych interwencji dowodzących stabilności uzyskanych wyników. W związku z powyższym można uznać, iż modelowanie przeprowadzone w ramach niniejszego raportu dobrze odzwierciedla długookresowe wyniki zdrowotne.

12. Ograniczenia

W niniejszej analizie wystąpiła potrzeba modelowania efektów zdrowotnych na dłuższy niż uwzględniony w badaniach horyzont czasowy (dożywotni). Wiąże się to z niepewnością. Aby zminimalizować niepewność wynikającą z potrzeby ekstrapolacji danych wykonano kilka dodatkowych wariantów modelowania, które przedstawiono w analizie wrażliwości i analizie scenariuszy.

Jedno z głównych ograniczeń analizy wiąże się z faktem, że zgodnie z zapisami wnioskowanego programu lekowego oraz *Programu lekowego B.124* wśród kryteriów koniecznych do stwierdzenia braku adekwatnej odpowiedzi na leczenie poza nieosiągnięciem odpowiedzi EASI 50 znajduje się również nieuzyskanie poprawy jakości życia ocenionej za pomocą skali DLQI o minimum 4 punkty w stosunku do wartości początkowych z kwalifikacji.

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[REDACTED]

W ramach modelu uwzględniono szereg założeń, które wymieniono w rozdziale 5.1. Model zaprojektowano w taki sposób, by jak najbardziej precyzyjnie odzwierciedlał praktykę leczenia w Programie lekowym B.124. W związku z tym długość pierwszego cyklu leczenia daną terapią została ustalona na 16 tygodni zgodnie z okresem od rozpoczęcia leczenia, po którym dokonuje się pierwszego monitorowania skuteczności danej terapii. Długość drugiego cyklu leczenia została natomiast w analizie podstawowej ustalona na 10 tygodni, ponieważ zgodnie z zapisami Programu lekowego B.124 drugie monitorowanie skuteczności danej terapii dokonuje się po 26 tygodniach od rozpoczęcia leczenia. Jednocześnie założenie to jest obarczone niepewnością, ponieważ w *Programie lekowym B.124* funkcjonuje także zapis, iż po pierwszym monitorowaniu kolejne badania wykonuje się co 3 miesiące, co sugerowałoby 13-tygodniowy odstęp od pierwszego monitorowania, w związku z czym w analizie wrażliwości testowano także 13-tygodniową długość drugiego cyklu leczenia daną terapią. Długość trzeciego i kolejnych cykli leczenia daną substancją ustalono na 13 tygodni.

[REDACTED]

[REDACTED]

Struktura modelu wymagała przypisania użyteczności poszczególnym stanom zdrowotnym wymienionym w rozdziale 5.1. W większości opracowań odnajdywanych w ramach przeglądu jakość życia szacowano jednak dla ogólnej populacji chorych na AZS lub grup chorych wydzielonych ze względu na stopień nasilenia choroby (łagodny, umiarkowany, ciężki). W związku z powyższym w analizie podstawowej uwzględniono użyteczności

tj. opracowania *NICE Baricitinib* oraz publikacji *Zimmermann 2018*. Ze względu na niepewność dotyczącą kształtowania się użyteczności w poszczególnych stanach modelu w ramach analizy scenariuszy testowano wiele alternatywnych zestawów użyteczności.

W analizie uwzględniono ok. , tj. dożywotni horyzont czasowy w populacji dorosłych chorych oraz 6-letni horyzont czasowy w populacji dzieci w wieku 12-17 lat, które pozwalają w pełni uchwycić efekt inkrementalny pomiędzy porównywanymi technologiami. Założono również, że jeden rok trwa 52 tygodnie.

Zgodnie z *Wytycznymi AOTMiT* w analizie podstawowej przyjęto stopę dyskontową na poziomie 5% dla kosztów oraz 3,5% dla wyników zdrowotnych.

Dla parametrów, które w największym stopniu obciążone są niepewnością i mają potencjalnie największy wpływ na wyniki, przeprowadzono analizę wrażliwości oraz analizę scenariuszy.

13. Podsumowanie i wnioski końcowe

W niniejszym raporcie wykonano ocenę opłacalności stosowania lebrykizumabu względem dupilumabu, upadacytynibu, barycytynibu, abrocycynibu, tralokinumabu (w populacji z wynikiem EASI ≥ 20) oraz terapii standardowej (w populacji z wynikiem $16 \leq \text{EASI} < 20$) w leczeniu chorych na atopowe zapalenie skóry. Mając na uwadze różne zestawy komparatorów w ramach poszczególnych grup wiekowych oraz stopni nasilenia choroby, w analizie uwzględniono następujące podgrupy chorych:

- ⊗ dorosłych z ciężką postacią AZS (EASI ≥ 20);
- ⊗ dzieci w wieku 12-17 lat z ciężką postacią AZS (EASI ≥ 20);
- ⊗ dorosłych z umiarkowaną postacią AZS ($16 \leq \text{EASI} < 20$);
- ⊗ dzieci w wieku 12-17 lat z umiarkowaną postacią AZS ($16 \leq \text{EASI} < 20$).

Wykorzystano technikę analityczną minimalizacji kosztów (CMA) polegającą na zestawieniu kosztów różniących dla ocenianej interwencji i komparatora przy braku różnic w wynikach zdrowotnych dla porównań z:



Wykorzystano także technikę analityczną użyteczności kosztów (CUA), której wynikiem jest inkrementalny współczynnik kosztów-użyteczności dla porównań z:



W celu wyznaczenia kosztów i efektów zdrowotnych wykorzystano model łączący w sobie elementy drzewa decyzyjnego oraz modelu Markowa. [redacted]

[redacted] Cenę jednostkową wnioskowanej technologii uzyskano od Wnioskodawcy. Koszt pozostałych leków stosowanych

w analizowanym problemie zdrowotnym oszacowano na podstawie *Danych przetargowych* oraz cen rynkowych z aptek [*Medycyna Praktyczna, Apteka DOZ.pl*].

Analizę przeprowadzono z perspektywy podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych (płatnik publiczny) oraz z perspektywy wspólnej płatnika publicznego i świadczeniobiorcy (pacjent) w dożywotnim (technicznie [REDAKTURA]) horyzoncie czasowym w populacjach dorosłych chorych oraz w 6-letnim horyzoncie czasowym w przypadku populacji dzieci w wieku 12-17 lat.

W przeprowadzonej analizie wykazano, że przy uwzględnieniu proponowanego przez Wnioskodawcę instrumentu podziału ryzyka wnioskowana technologia jest [REDAKTURA]

[REDAKTURA]

[REDAKTURA]

[REDAKTURA]

[REDAKTURA] Należy przy tym zwrócić uwagę na fakt, że w obecnej sytuacji chorzy, którzy doświadczyli niepowodzenia leczenia w obecnie obowiązującym Programie lekowym B.124 z wykorzystaniem dostępnych technologii, pozbawieni są możliwości kontynuowania skutecznej terapii. Lebrykizumab jako nowa opcja terapeutyczna w leczeniu AZS o korzystnych wynikach skuteczności i odznaczająca się dobrym profilem bezpieczeństwa może stanowić odpowiedź na niezaspokojoną potrzebę leczniczą dla tych chorych. W przypadku pozostałej części populacji docelowej (tj. chorych z wynikiem $16 \leq \text{EASI} < 20$), którzy nie mieli dotychczas dostępu do jakiegokolwiek aktywnej terapii, leczenie lebrykizumabem stanowiłoby jedyną realną opcję terapeutyczną.

Finansowanie lebrykizumabu u chorych we wnioskowanym wskazaniu przyczyni się do wprowadzenia nowego standardu postępowania terapeutycznego w leczeniu atopowego zapalenia skóry oraz przyczyni się do poprawy zależnej od zdrowia jakości życia chorych, co jest jednym z priorytetów zdrowotnych Ministerstwa Zdrowia [*Rozporządzenie MZ w sprawie priorytetów zdrowotnych*].

14. Dyskusja

W niniejszym opracowaniu (zgodnie z zaleceniami AOTMiT) podjęto próbę odnalezienia innych analiz ekonomicznych, w których dokonano oceny opłacalności stosowania technologii wnioskowanej oraz komparatorów w omawianym wskazaniu. W tym celu wykonano przegląd systematyczny przedstawiony w rozdziale 15.2. Ostatecznie nie odnaleziono żadnej innej analizy ekonomicznej, w której pokazane byłyby wyniki opłacalności stosowania lebrykizumabu w populacji chorych na AZS. W związku z tym nie ma możliwości porównania wyników niniejszej analizy ekonomicznej do wyników jakiegokolwiek innej analizy, w której przedstawione byłyby analogiczne oszacowania kosztów.

W analizie przeprowadzono walidację wewnętrzną modelu oraz analizę wrażliwości wraz z analizą scenariuszy, których wyniki wskazują na poprawność generowanych wyników oraz na ich stabilność w zależności od uwzględnianych wartości parametrów w modelowaniu (dotyczy to zarówno wskaźników opłacalności jakimi są ICUR oraz koszt inkrementalny, jak i cen progowych wnioskowanej technologii medycznej).

15. Załączniki

15.1. Przegląd systematyczny badań do oceny jakości życia chorych

Zgodnie z *Rozporządzeniem MZ w sprawie minimalnych wymagań w modelu*, oprócz przedstawienia wyników zdrowotnych z badań klinicznych, konieczne było również wykonanie przeglądu systematycznego mającego na celu odnalezienie badań służących do oceny jakości życia chorych w analizowanym wskazaniu.

15.1.1. Kryteria włączenia i wykluczenia badań do oceny jakości życia chorych

Do analizy ekonomicznej włączano badania spełniające poniżej zdefiniowane kryteria, które zostały ustanowione a priori w protokole do przeglądu systematycznego.

Kryteria włączenia badań:

- **populacja:** chorzy na atopowe zapalenie skóry;
- **metodyka:** badania pierwotne lub wtórne, w których dokonano oceny jakości życia chorych, z uwzględnieniem stanów przyjętych w modelu oraz punktów końcowych, określonych w badaniach, włączonych do *Analizy klinicznej*.

Kryteria wykluczenia badań:

- **populacja:** niezgodna z powyższymi kryteriami włączenia,
- **metodyka:** niezgodna z powyższymi kryteriami włączenia, przeglądy niesystematyczne, opisy przypadków tzw. *case-series*, opracowania poglądowe, publikacje w językach innych niż polski, angielski.

15.1.2. Strategia wyszukiwania

W celu odnalezienia badań do oceny jakości życia chorych w bazie Medline (poprzez wyszukiwarkę PubMed) zastosowano strategię wyszukiwania zaprezentowaną w tabeli poniżej. Strategia zawiera terminy odnoszące się do wyżej zdefiniowanych kryteriów włączenia badań.

Tabela 36.

Strategia wyszukiwania zastosowana w bazie Medline wraz z liczbą trafień odnalezionych dla poszczególnych zapytań użyta w celu odnalezienia badań do oceny jakości życia chorych

Nr	Zapytanie	Liczba trafień
#1	"quality-adjusted life year" OR "quality-adjusted life years" OR QALY OR Euroqol OR "standard gamble" OR "time trade-off" OR EQ5D OR EQ-5D OR HUI OR "health utilities index" OR SF6D OR SF-6D	67 022
#2	dermatitis OR neurodermatitis OR eczema	91 528
#3	#1 AND #2	250

Data ostatniego wyszukiwania: 06.06.2024

Zakładanym wynikiem przeglądu było odnalezienie badań umożliwiających ocenę jakości życia chorych w analizowanym wskazaniu z uwzględnieniem stanów przyjętych w modelu oraz punktów końcowych określonych w badaniach włączonych do *Analizy klinicznej*.

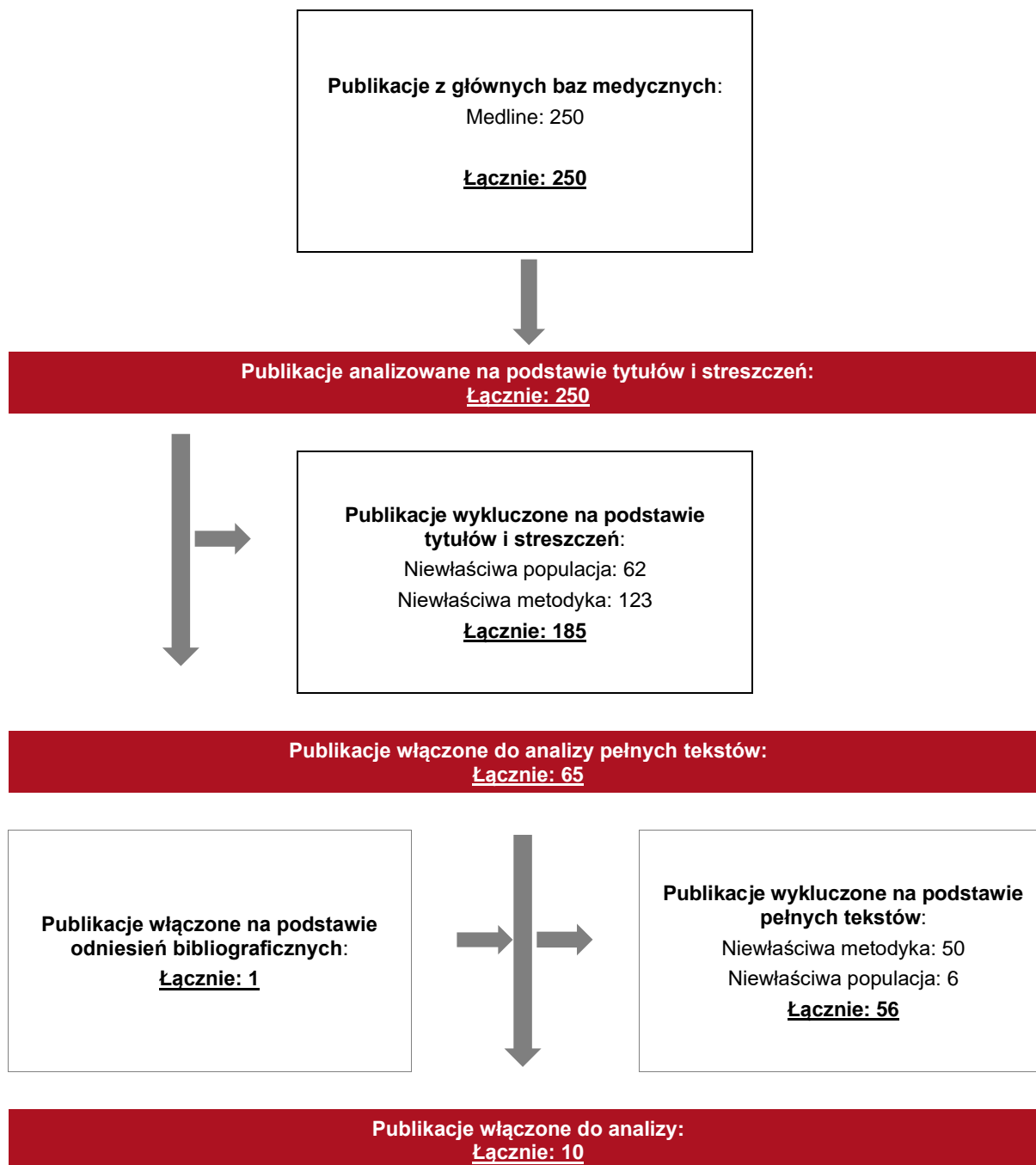
15.1.3. Selekcja badań

Odnalezione publikacje w bazie informacji medycznej Medline zostały poddane selekcji na podstawie tytułów i streszczeń a następnie pełnych tekstów. Selekcji dokonało niezależnie dwóch analityków. W przypadku braku zgodności decyzje podejmowane były z udziałem trzeciego analityka na drodze konsensusu. Selekcję oparto na wcześniej zdefiniowanych kryteriach włączenia i wykluczenia.

Proces selekcji badań do oceny jakości życia zobrazowano na diagramie PRISMA przedstawionym poniżej.

Rysunek 3.

Diagram PRISMA przedstawiający proces selekcji publikacji włączonych w ramach przeglądu systematycznego wykonanego w celu odnalezienia badań do oceny jakości życia chorych



15.1.4. Publikacje do oceny jakości życia chorych odnalezione na podstawie przeglądu systematycznego i włączone do analizy

W wyniku przeglądu baz informacji medycznej odnaleziono łącznie 250 publikacji w formie tytułów i abstraktów.

Po usunięciu duplikatów i przeprowadzeniu selekcji abstraktów do analizy pełnych tekstów włączono 65 publikacji. Po przeprowadzeniu selekcji abstraktów i pełnych tekstów ostatecznie do analizy włączono 10 publikacji do oceny jakości życia chorych.

15.1.5. Metodyka włączonych badań do oceny jakości życia chorych

Zgodnie z uzasadnieniem przedstawionym w rozdziale 5.3. w ramach przeglądu systematycznego badań do jakości życia w pierwszej kolejności włączano publikacje, w których oszacowania użyteczności w skali EQ-5D przedstawiono dla grup chorych wydzielonych ze względu na stopień nasilenia choroby. W wyniku przeprowadzenia przeglądu systematycznego do analizy włączono następujące publikacje do oceny jakości życia chorych: *Hsieh 2021*, *Poole 2009*, *Andersen 2020*, *Poole 2010*, *Zimmermann 2018*, *Johansson 2023*, *Kleyn 2022*, *Koszoru 2022*, *Koszoru 2023* oraz publikację *Vietri 2017* na podstawie odniesienia bibliograficznego z przeglądu *Capucci 2020*. Dodatkowo poza przeglądem systematycznym na podstawie wyników przeglądu badań do jakości życia wykonanego na potrzeby opracowania *NICE 2022* włączono także publikacje *Misery 2018* oraz *Nyberg 2018*. Szczegółowe dane przedstawiono w poniższych tabelach.

Tabela 37.
Średnia użyteczność w skali EQ-5D według stopnia nasilenia AZS

Publikacja	Użyteczność w skali EQ-5D według stopnia nasilenia choroby		
	łagodny	umiarkowany	ciężki
<i>Hsieh 2021</i>	0,910	0,820	0,700
<i>Poole 2009</i>	0,848	0,796	0,760
<i>Andersen 2020</i>	0,880	0,770	0,583*
<i>Vietri 2017</i>	b/d	0,790	0,610
<i>Poole 2010**</i>	b/d	0,771	0,666
<i>Misery 2018</i>	0,790	0,680	0,600
<i>Nyberg 2018</i>	b/d	0,788	0,606

Publikacja	Użyteczność w skali EQ-5D według stopnia nasilenia choroby		
	łagodny	umiarkowany	ciężki
Kleyn 2022 (Francja)	b/d	0,770	0,700
Kleyn 2022 (Włochy)	b/d	0,880	0,740
Kleyn 2022 (Wielka Brytania)	b/d	0,910	0,770
Kleyn 2022 (średnia ważona) ^{***}	b/d	0,861	0,730
Koszoru 2022 (EQ-5D-5L)	0,910	0,820	0,750
Koszoru 2023 (EQ-5D-5L) ^{****}	0,920	0,820	0,740
Koszoru 2023 (EQ-5D-3L)	0,910	0,850	0,780

* wartość średnia dla 3 przedziałów ciężkiego nasilenia choroby wyznaczonych na podstawie skali PO-SCORAD dla populacji europejskiej

** uwzględniono średnie użyteczności z 2 populacji uwzględnionych w badaniu *Poole 2010*

*** średnia ważona dla 3 krajów oszacowana na podstawie danych o liczbie chorych w poszczególnych stanach

**** w badaniu *Koszoru 2023* brała udział ta sama populacja co w badaniu *Koszoru 2022*, a niewielkie różnice w użytecznościach wynikają z minimalnych różnic w doborze populacji do oceny jakości życia (w związku z tym w analizie scenariuszy nie testowano użyteczności zgodnych z kwestionariuszem EQ-5D-5L, tylko zgodnych z kwestionariuszem EQ-5D-3L z badania *Koszoru 2023*)

Tabela 38.

Użyteczności w skali EQ-5D wg kryteriów odpowiedzi EASI z publikacji Zimmermann 2018 oraz Johansson 2023

Kategoria odpowiedzi EASI	postać umiarkowana AZS	postać ciężka AZS
<i>Zimmermann 2018</i>		
Wartość początkowa / brak odpowiedzi	0,684	0,535
odpowiedź $50 \leq \text{EASI} < 75$	0,892	0,882
odpowiedź $75 \leq \text{EASI} < 90$	0,893	0,890
odpowiedź $\text{EASI} \geq 90$	0,907	0,911
<i>Johansson 2023²²</i>		
Wartość początkowa	0,7996	
odpowiedź $\text{EASI} < 50$	0,8772	
odpowiedź $50 \leq \text{EASI} < 75$	0,8974	
odpowiedź $\text{EASI} \geq 75$	0,9074	

²² W publikacji *Johansson 2023* przedstawiono początkową użyteczność chorych z umiarkowaną do ciężkiej postacią AZS, a także zmianę użyteczności w populacji z odpowiedzią $\text{EASI} < 50$, $50 \leq \text{EASI} < 75$ i $\text{EASI} \geq 75$ – w tabeli zaprezentowano ostateczne oszacowania użyteczności w poszczególnych stanach odpowiedzi. Biorąc pod uwagę fakt, że w publikacji *Johansson 2023* nie przedstawiono oddzielnej użyteczności dla stanu odpowiedzi $90 \leq \text{EASI} \leq 100$, a oszacowana użyteczność w populacji z odpowiedzią $\text{EASI} \geq 75$ jest na poziomie przyjętym w modelu w analizie podstawowej dla stanu odpowiedzi $90 \leq \text{EASI} \leq 100$, nie analizowano danych z tej publikacji w analizie scenariuszy w ramach testowania alternatywnych zestawów użyteczności.

15.2. Przegląd systematyczny innych analiz ekonomicznych wykonanych w Polsce lub za granicą

Zgodnie z *Rozporządzeniem MZ w sprawie minimalnych wymagań* w analizie podjęto próbę odszukania innych analiz ekonomicznych wykonanych w Polsce lub za granicą, w których dokonano oceny opłacalności ocenianej technologii medycznej w omawianym wskazaniu. W tym celu wykonano przegląd systematyczny, który opisano w poniższych rozdziałach.

15.2.1. Kryteria włączenia i wykluczenia innych analiz ekonomicznych

Do analizy ekonomicznej zostały włączane badania spełniające poniżej zdefiniowane kryteria, które zostały ustanowione *a priori* w protokole do przeglądu systematycznego.

Kryteria włączenia badań:

- **populacja:** chorzy na atopowe zapalenie skóry;
- **interwencja:** lebrykizumab;
- **komparatory:** dupilumab, upadacytynib, barycytynib, abrocytynib, tralokinumab, terapia standardowa (BSC);
- **metodyka:** analizy kosztów-efektywności, kosztów-użyteczności lub minimalizacji kosztów, wykonane w Polsce lub za granicą.

Kryteria wykluczenia badań:

- **populacja:** niezgodna z powyższymi kryteriami włączenia;
- **interwencja:** inna niż wyżej wymieniona;
- **komparatory:** inne niż wyżej wymienione;
- **metodyka:** niezgodna z powyższymi kryteriami włączenia, opracowania pogładowe, publikacje w językach innych niż polski, angielski.

15.2.2. Strategia wyszukiwania

W celu odnalezienia innych analiz ekonomicznych zastosowano strategię wyszukiwania przedstawioną poniżej w tabeli. Strategia zawiera terminy odnoszące się do wyżej zdefiniowanych kryteriów włączenia badań.

Tabela 39.

Strategia wyszukiwania zastosowana w bazie Medline oraz Cochrane wraz z liczbą trafień odnalezionych dla poszczególnych zapytań użyta w celu odnalezienia innych analiz ekonomicznych

Nr	Zapytanie	Liczba trafień w bazie Medline	Liczba trafień w bazie Cochrane
#1	"cost-effectiveness" OR "cost-utility" OR CEA OR CUA OR "budget impact" OR BIA OR Markov OR "decision tree" OR economic* OR cost*	1 820 644	126 654
#2	lebrikizumab OR "RO-5490255" OR "RG-3637" OR "TNX-650" OR MILR1444A OR "MILR-1444A" OR PRO301444 OR "PRO-301444" OR "milr 1444a" OR "rg 3637" OR "rg3637" OR Ebglyss	173	162
#3	#1 AND #2	8	14

Data ostatniego wyszukiwania: 06.06.2024

Dodatkowo w analizie przeszukano bazę NICE. Do odnalezienia innych analiz ekonomicznych zastosowano słowa kluczowe związane z problemem zdrowotnym oraz stosowaną interwencją i komparatorami. Słowa kluczowe do przeszukania zaprezentowano w poniższej tabeli.

Tabela 40.

Słowa kluczowe zastosowane w bazie NICE wraz z liczbą trafień odnalezionych dla poszczególnych zapytań użyte w celu odnalezienia innych analiz ekonomicznych

Nr	Zapytanie	Liczba trafień w bazie NICE
1	Ebglyss	0
2	lebrikizumab	1

Data ostatniego wyszukiwania: 06.06.2024

Zakładanym wynikiem przeglądu było odnalezienie publikacji prezentujących wyniki innych analiz ekonomicznych wykonanych w kraju lub za granicą dotyczących wskazanego problemu zdrowotnego oraz opłacalności stosowania ocenianej interwencji względem zdefiniowanych komparatorów.

15.2.3. Selekcja badań

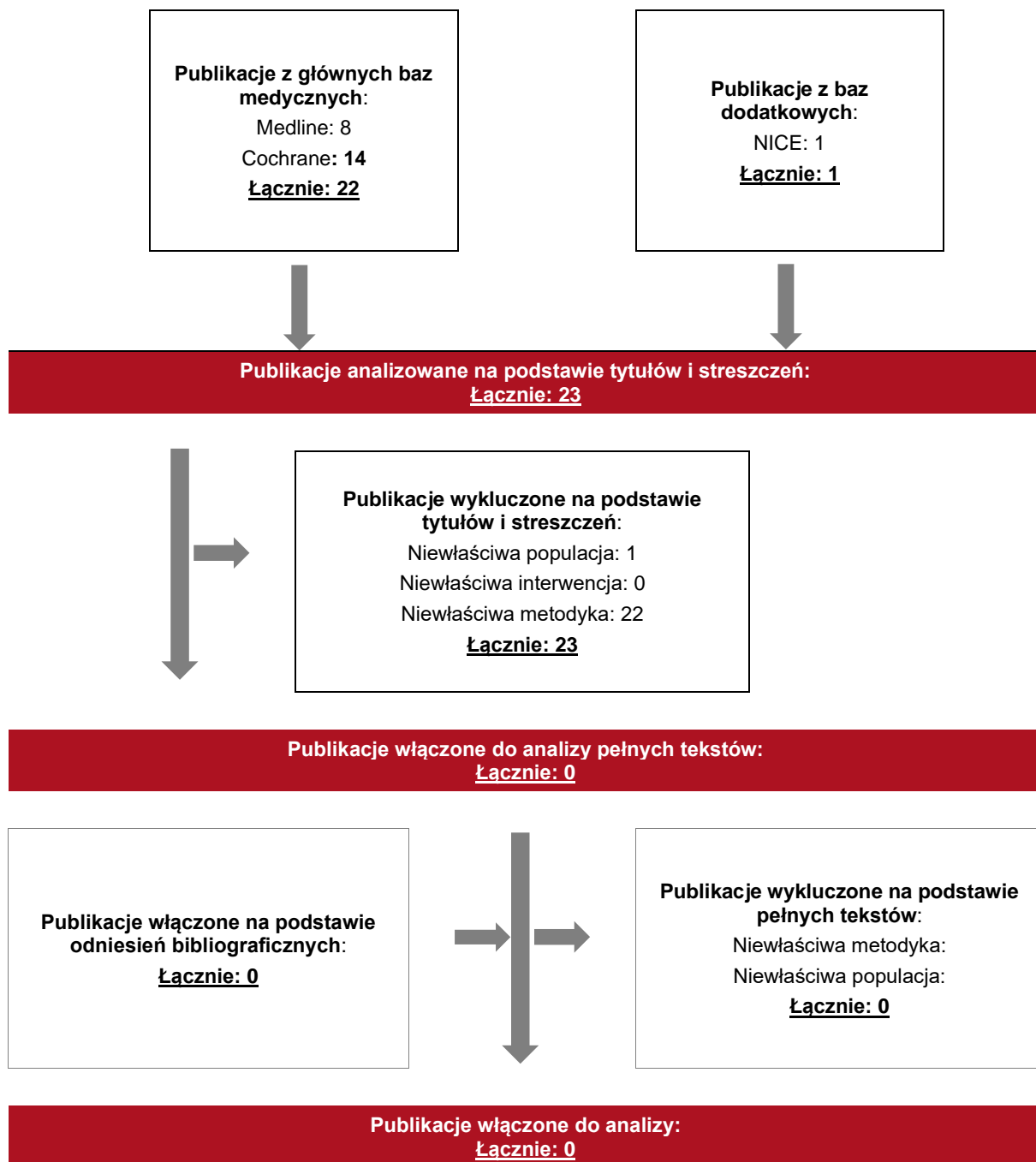
Odnalezione publikacje zostały poddane selekcji na podstawie tytułów i streszczeń a następnie pełnych tekstów. Selekcji dokonało niezależnie dwóch analityków. W przypadku

braku zgodności decyzje podejmowane były z udziałem trzeciego analityka na drodze konsensusu. Selekcję oparto na wcześniej zdefiniowanych kryteriach włączenia i wykluczenia opisanych w rozdziale 15.2.1.

Proces selekcji innych analiz ekonomicznych zobrazowano na diagramie PRISMA przedstawionym poniżej.

Rysunek 4.

Diagram PRISMA przedstawiający proces selekcji publikacji włączonych w ramach przeglądu systematycznego wykonanego w celu odnalezienia innych analiz ekonomicznych wykonanych w Polsce lub za granicą



15.2.4. Inne analizy ekonomiczne odnalezione na podstawie przeglądu systematycznego i włączone do niniejszej analizy

W wyniku przeglądu baz informacji medycznej odnaleziono łącznie 23 publikacje w formie tytułów i abstraktów, w tym:

- w bazie Medline odnaleziono 8 publikacji;
- w bazie Cochrane odnaleziono 14 publikacji;
- w bazie NICE odnaleziono 1 publikację.

Po przeprowadzeniu selekcji abstraktów i pełnych tekstów ostatecznie do analizy nie włączono żadnej publikacji prezentującej wyniki innych analiz ekonomicznych w omawianym problemie zdrowotnym.

15.2.5. Metodyka włączonych publikacji prezentujących wyniki innych analiz ekonomicznych

Ostatecznie nie odnaleziono żadnej analizy ekonomicznej, w której pokazane byłyby wyniki opłacalności stosowania lebrykizumabu w porównaniu ze zdefiniowanymi komparatorami we wnioskowanej populacji chorych. W związku z tym, że nie odnaleziono jakiegokolwiek analizy dla zastosowania LEB w leczeniu AZS, należy przyjąć, że nie istnieje także opublikowana analiza ekonomiczna prezentująca wyniki w populacji szerszej niż wskazana we wniosku (na podstawie *ChPL Ebglyss*® LEB stosuje się w leczeniu atopowego zapalenia skóry o nasileniu od umiarkowanego do ciężkiego, u dorosłych i młodzieży w wieku 12 lat i starszych o masie ciała co najmniej 40 kg, którzy kwalifikują się do leczenia ogólnoustrojowego).

15.3. Sprawdzenie zgodności analizy z minimalnymi wymaganiami opisanymi w Rozporządzeniu MZ w sprawie minimalnych wymagań

Tabela 41.
Check-lista zgodności analizy z minimalnymi wymaganiami przedstawionymi w Rozporządzeniu MZ w sprawie minimalnych wymagań

Nr	Zadanie	Tak / Nie / nie dotyczy
1.	Analiza podstawowa analizy ekonomicznej	TAK, rozdział 1. – rozdział 8.
2.	Analizę wrażliwości analizy ekonomicznej	TAK, rozdział 15.4.
3.	Przegląd systematyczny opublikowanych analiz ekonomicznych, w których porównano koszty i efekty zdrowotne stosowania wnioskowanej technologii z kosztami i efektami technologii opcjonalnych:	n/d
3.1.	w populacji wskazanej we wniosku	TAK, rozdział 15.2.
3.2.	w populacji szerszej niż wskazana we wniosku (dotyczy, jeżeli analizy ekonomiczne dla populacji wskazanej we wniosku nie zostały opublikowane)	TAK, rozdział 15.2.
4.	Zestawienie oszacowań kosztów i wyników zdrowotnych wynikających z zastosowania wnioskowanej technologii oraz porównywanych technologii opcjonalnych w populacji wskazanej we wniosku, z wyszczególnieniem: <ul style="list-style-type: none"> ⊗ oszacowania kosztów stosowania każdej z technologii ⊗ oszacowania wyników zdrowotnych każdej z technologii 	TAK, rozdział 8.1. i 8.2.
5.	Oszacowanie kosztu uzyskania	n/d
5.1.	dotaddkowego roku życia skorygowanego o jakość, wynikającego z zastąpienia technologii opcjonalnych, w tym refundowanych technologii opcjonalnych, wnioskowaną technologią	TAK, rozdział 8.2.
5.2.	dotaddkowego roku życia, wynikającego z zastąpienia technologii opcjonalnych, w tym refundowanych technologii opcjonalnych, wnioskowaną technologią (w przypadku braku możliwości wyznaczenia kosztu uzyskania dodatkowego roku życia skorygowanego o jakość)	n/d
6.	Oszacowanie ceny zbytu netto wnioskowanej technologii, przy której koszt uzyskania dodatkowego roku życia skorygowanego o jakość (lub koszt uzyskania dodatkowego roku życia) jest równy wysokości progu opłacalności	TAK, rozdział 8.2.
7.	Przedstawienie oszacowania różnicy pomiędzy kosztem stosowania technologii wnioskowanej a kosztem stosowania technologii opcjonalnej (w przypadku braku różnic w wynikach zdrowotnych pomiędzy technologią wnioskowaną a technologią opcjonalną)	TAK, rozdział 8.1.
7.1.	Przedstawienie oszacowania ceny zbytu netto technologii wnioskowanej, przy którym różnica pomiędzy kosztem stosowania technologii wnioskowanej a kosztem stosowania technologii opcjonalnej jest równa zero	TAK, rozdział 8.1.

Nr	Zadanie	Tak / Nie / nie dotyczy
8.	Jeżeli zachodzą okoliczności, o których mowa w art. 13 ust. 3 <i>Ustawy o refundacji</i> , analiza ekonomiczna zawiera:	n/d
8.1.	oszacowanie kosztu stosowania wnioskowanej technologii;	TAK, rozdział 8.3.
8.2.	oszacowanie współczynnika efektów zdrowotnych uzyskanych u pacjentów stosujących technologię opcjonalną, wyrażonych jako liczba lat życia skorygowanych o jakość, a w przypadku braku możliwości wyznaczenia tej liczby – jako liczba lat życia, do kosztów ich uzyskania dla każdej z refundowanych technologii opcjonalnych;	TAK, rozdział 8.3.
8.3.	kalkulację ceny zbytu netto wnioskowanej technologii, przy której współczynnik, o którym mowa w pkt 1, nie jest wyższy od żadnego ze współczynników, o których mowa w pkt 2.	TAK, rozdział 8.3.
9.	Zestawienia tabelaryczne wartości, na podstawie których dokonano oszacowań analizy z pkt 4.-5. i 8. oraz przeprowadzonych kalkulacji	TAK, rozdział 7.
10.	Wyszczególnienie założeń, na podstawie których dokonano oszacowań analizy z pkt 4.-5. i 8. oraz przeprowadzonych kalkulacji	TAK, rozdział 7.
11.	Dokument elektroniczny umożliwiający:	n/d
11.1.	powtórzenie wszystkich kalkulacji i oszacowań, o których mowa w pkt 4.-5. i 8.	TAK
11.2.	przeprowadzenie kalkulacji i oszacowań po modyfikacji dowolnej z wprowadzanych wartości oraz dowolnego z powiązań pomiędzy tymi wartościami, w szczególności ceny wnioskowanej technologii	TAK
12.	Oszacowania użyteczności stanów zdrowia określono w oparciu o przegląd systematyczny badań pierwotnych i wtórnych użyteczności stanów zdrowia, właściwych dla przyjętego w analizie ekonomicznej modelu przebiegu choroby	TAK, rozdział 15.1.
13.	Analiza wrażliwości zawiera:	n/d
13.1.	określenie zakresów zmienności wartości wykorzystanych do uzyskania oszacowań, o których mowa w pkt 9.	TAK, rozdział 7.
13.2.	uzasadnienie wskazanych zakresów zmienności o których mowa w pkt 13.1.	TAK, rozdział 7.
13.3.	oszacowania, o których mowa w pkt 4.-5., uzyskane przy założeniu wartości stanowiących granice zakresów zmienności, zamiast wartości użytych w analizie podstawowej	TAK, rozdział 15.4.
14.	Analiza ekonomiczna jest przeprowadzana w dwóch wariantach:	n/d
14.1.	z perspektywy podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych	TAK
14.2.	z perspektywy wspólnej podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych i świadczeniobiorcy	TAK
15.	Wszystkie oszacowania i kalkulacje przedstawiono w wariantach: <ul style="list-style-type: none"> ⊗ z uwzględnieniem proponowanego instrumentu dzielenia ryzyka (jeżeli wnioskowane warunki objęcia refundacją obejmują instrumenty dzielenia ryzyka), ⊗ bez uwzględnienia proponowanego instrumentu dzielenia ryzyka 	TAK

Nr	Zadanie	Tak / Nie / nie dotyczy
16.	Oszacowania analizy ekonomicznej dokonywane są w horyzoncie czasowym właściwym dla tej analizy	TAK
17.	Oszacowania analizy przeprowadzono z uwzględnieniem rocznej stopy dyskontowej w wysokości 5% dla kosztów i 3,5% dla wyników zdrowotnych (jeżeli horyzont właściwy dla analizy ekonomicznej przekracza rok)	TAK
18.	Przeglądy w analizie ekonomicznej wykonano z zastosowaniem przepisów wskazanych w § 4 ust. 3 pkt 3 i 4 <i>Rozporządzenia MZ w sprawie minimalnych wymagań</i>	TAK

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

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

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

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

Tabela 62.

Wyniki jednokierunkowej analizy wrażliwości oraz analizy scenariuszy – porównanie LEB vs ██████ w populacji dorosłych z wynikiem EASI ≥ 20 w perspektywie płatnika publicznego w wariancie bez RSS

██████████	██████████	██████████		██████████		██████████		Koszt inkrementalny (PLN)	██████████
		██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████		
██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	191 506,67	██████████
██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	n/d	██████████
		██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	n/d	██████████
██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	299 124,46	██████████
██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	139 462,34	██████████
		██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	175 602,42	██████████
██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	191 506,67	██████████
		██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	191 506,67	██████████
██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	191 873,77	██████████
██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	192 228,26	██████████
		██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	190 803,89	██████████
██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	191 506,67	██████████
██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	191 431,09	██████████
██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	191 506,67	██████████
		██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	191 506,67	██████████

[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]		[REDACTED]		[REDACTED]		Koszt inkrementalny (PLN)	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]		
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	191 506,67	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	191 506,67	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	191 506,67	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	191 506,67	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	191 506,67	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	183 931,44	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	199 077,21	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	191 506,67	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	191 506,67	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	207 011,05	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	178 518,29	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	191 506,67	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	191 506,67	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	191 506,67	[REDACTED]

[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]		[REDACTED]		[REDACTED]		Koszt inkrementalny (PLN)	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]		
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	191 506,67	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	191 506,67	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	173 665,80	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	191 506,67	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	209 228,59	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	191 506,67	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	191 506,67	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	175 924,19	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	207 089,16	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	191 506,67	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	191 506,67	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	191 506,67	[REDACTED]

[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]		[REDACTED]		[REDACTED]		Koszt inkrementalny (PLN)	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]		
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	191 506,67	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	191 506,67	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	191 506,67	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	191 506,67	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	191 506,67	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	191 506,67	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	191 506,67	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	191 506,67	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	191 506,67	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	191 506,67	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	191 506,67
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	191 506,67	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	191 506,67	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	191 506,67	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	191 506,67	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	191 506,67	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	181 154,74	[REDACTED]

[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]		[REDACTED]		[REDACTED]		ICUR (PLN/QALY)	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]		
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	ter. zdomin.*	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	ter. zdomin.*	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	ter. zdomin.*	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	ter. zdomin.*	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	ter. zdomin.*	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	ter. zdomin.*	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	ter. zdomin.*	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	ter. zdomin.*	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	ter. zdomin.*	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	ter. zdomin.*	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	ter. zdomin.*	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	ter. zdomin.*	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	ter. zdomin.*	[REDACTED]

[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]		[REDACTED]		[REDACTED]		ICUR (PLN/QALY)	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]		
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	ter. zdomin.*	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	ter. zdomin.*	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	ter. zdomin.*	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	ter. zdomin.*	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	ter. zdomin.*	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	ter. zdomin.*	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	ter. zdomin.*	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	ter. zdomin.*	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	ter. zdomin.*	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	ter. zdomin.*	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	ter. zdomin.*
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	ter. zdomin.*	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	ter. zdomin.*	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	ter. zdomin.*	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	ter. zdomin.*	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	ter. zdomin.*	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	ter. zdomin.*	[REDACTED]

*terapia zdominowana

Tabela 64.

Wyniki jednokierunkowej analizy wrażliwości oraz analizy scenariuszy – porównanie LEB vs ██████ w populacji dorosłych z wynikiem EASI ≥ 20 w perspektywie płatnika publicznego w wariancie bez RSS

██████████	██████████	██████████		██████████		██████████		ICUR (PLN/QALY)	██████████
		██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████		
██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	2 154 260,74	██████████
██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	n/d	██████████
		██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	n/d	██████████
██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	2 313 300,87	██████████
██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	2 477 665,79	██████████
		██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	2 264 445,81	██████████
██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	2 154 260,74	██████████
		██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	2 154 260,74	██████████
██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	2 157 987,39	██████████
██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	2 149 885,59	██████████
		██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	2 158 405,71	██████████
██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	2 154 260,74	██████████
██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	2 154 663,45	██████████
██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	2 154 260,74	██████████
		██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	2 154 260,74	██████████

[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]		[REDACTED]		[REDACTED]		ICUR (PLN/QALY)	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]		
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	2 154 260,74	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	1 922 153,41	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	2 154 260,74	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	2 154 260,74	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	2 154 260,74	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	2 171 717,15	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	2 138 455,42	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	2 154 260,74	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	2 154 260,74	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	2 097 307,17	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	2 208 900,76	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	2 154 260,74	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	2 154 260,74	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	2 154 260,74	[REDACTED]

[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]		[REDACTED]		[REDACTED]		ICUR (PLN/QALY)	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]		
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	2 154 260,74	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	2 154 260,74	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	2 000 780,90	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	2 154 260,74	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	2 154 260,74	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	2 154 260,74	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	2 348 377,63	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	1 988 321,86	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	2 514 793,27	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	10 726247,94	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	1 957 332,97	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	2 154 260,74	[REDACTED]

[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]		[REDACTED]		[REDACTED]		ICUR (PLN/QALY)	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]		
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	2 154 260,74	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	2 154 260,74	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	2 154 260,74	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	2 154 260,74	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	2 154 260,74	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	2 154 260,74	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	2 154 260,74	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	2 154 260,74	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	2 154 260,74	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	2 154 260,74	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	2 154 260,74
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	n/d*	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	n/d*	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	n/d*	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	n/d*	[REDACTED]
[REDACTED]	brak	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	2 154 260,74	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	2 085 891,12	[REDACTED]

Tabela 65.

Wyniki jednokierunkowej analizy wrażliwości oraz analizy scenariuszy – porównanie LEB vs ██████ w populacji dorosłych z wynikiem EASI ≥ 20 w perspektywie płatnika publicznego w wariancie bez RSS

██████████	██████████	██████████		██████████		██████████		ICUR (PLN/QALY)	██████████
		██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████		
██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	797 468,75	██████████
██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	n/d	██████████
		██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	n/d	██████████
██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	752 409,88	██████████
██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	1 270 400,19	██████████
		██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	959 569,08	██████████
██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	797 468,75	██████████
		██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	797 468,75	██████████
██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	794 152,77	██████████
██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	792 894,00	██████████
		██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	801 698,58	██████████
██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	797 468,75	██████████
██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	797 932,22	██████████
██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	800 348,06	██████████
		██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	780 441,35	██████████

[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]		[REDACTED]		[REDACTED]		ICUR (PLN/QALY)	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]		
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	797 468,75	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	780 022,80	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	797 468,75	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	797 468,75	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	797 771,10	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	797 166,40	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	743 055,15	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	1 178 228,86	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	797 468,75	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	797 468,75	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	788 554,50	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	805 880,84	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	797 478,25	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	797 443,04	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	797 468,85	[REDACTED]

[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]		[REDACTED]		[REDACTED]		ICUR (PLN/QALY)	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]		
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	797 468,75	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	797 468,58	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	748 222,82	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	677 282,28	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	797 468,75	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	780 118,82	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	989 686,61	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	640 583,96	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	1 099 014,45	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	1 622 968,02	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	549 040,81	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	977 471,28	[REDACTED]

[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]		[REDACTED]		[REDACTED]		ICUR (PLN/QALY)	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]		
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	797 468,75	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	1 238 714,81	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	1 550 725,44	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	890 375,08	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	951 536,73	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	1 110 266,19	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	927 641,16	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	941 832,28	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	1 377 270,28	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	1 488 248,16	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	1 692 859,35	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	1 005 094,15	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	1 207 047,07	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	1 093 631,49	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	1 486 449,24	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	797 625,98	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	809 611,69	[REDACTED]

Tabela 66.

Wyniki jednokierunkowej analizy wrażliwości oraz analizy scenariuszy – porównanie LEB vs ██████ w populacji dorosłych z wynikiem EASI ≥ 20 w perspektywie płatnika publicznego w wariancie bez RSS

██████████	██████████	██████████		██████████		██████████		Koszt inkrementalny (PLN)	██████████
		██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████		
██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	306 050,00	██████████
██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	n/d	██████████
		██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	n/d	██████████
██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	496 151,39	██████████
██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	216 229,94	██████████
		██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	277 443,22	██████████
██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	306 050,00	██████████
		██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	306 050,00	██████████
██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	307 163,84	██████████
██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	306 987,81	██████████
		██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	305 149,79	██████████
██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	306 050,00	██████████
██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	305 914,18	██████████
██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	305 260,00	██████████
		██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	310 823,88	██████████

[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]		[Redacted]		[Redacted]		Koszt inkrementalny (PLN)	[Redacted]
		[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]		
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	306 050,00	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	306 050,00	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	306 050,00	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	306 050,00	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	306 050,00	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	293 132,71	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	318 959,32	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	306 050,00	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	306 050,00	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	333 116,80	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	283 506,47	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	306 050,00	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	306 050,00	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	306 050,00	[Redacted]

[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]		[Redacted]		[Redacted]		Koszt inkrementalny (PLN)	[Redacted]
		[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]		
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	306 050,00	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	306 050,00	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	285 095,08	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	306 050,00	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	302 850,48	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	306 050,00	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	306 050,00	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	279 635,99	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	332 464,00	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	306 050,00	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	306 050,00	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	306 050,00	[Redacted]

[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]		[REDACTED]		[REDACTED]		Koszt inkrementalny (PLN)	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]		
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	306 050,00	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	306 050,00	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	306 050,00	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	306 050,00	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	306 050,00	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	306 050,00	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	306 050,00	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	306 050,00	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	306 050,00	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	306 050,00	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	306 050,00
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	306 050,00	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	306 050,00	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	306 050,00	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	306 050,00	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	306 158,16	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	317 355,19	[REDACTED]

Tabela 67.

Wyniki jednokierunkowej analizy wrażliwości oraz analizy scenariuszy – porównanie LEB vs ██████ w populacji dzieci w wieku 12-17 lat z wynikiem EASI ≥ 20 w perspektywie płatnika publicznego w wariancie bez RSS

██████████	██████████	██████████		██████████		██████████		Koszt inkrementalny (PLN)	██████████
		██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████		
██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	130 240,66	██████████
██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	n/d	██████████
		██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	n/d	██████████
██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	142 872,73	██████████
██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	130 240,66	██████████
		██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	130 240,66	██████████
██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	54 997,24	██████████
		██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	92 109,70	██████████
██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	131 415,61	██████████
██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	130 240,66	██████████
		██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	130 240,66	██████████
██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	118 201,17	██████████
██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	128 493,06	██████████
██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	130 240,66	██████████
		██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	130 240,66	██████████

[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]		[Redacted]		[Redacted]		Koszt inkrementalny (PLN)	[Redacted]
		[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]		
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	130 240,66	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	130 240,66	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	130 240,66	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	130 240,66	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	130 240,66	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	126 084,14	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	134 391,00	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	130 240,66	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	130 240,66	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	132 042,99	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	128 479,30	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	130 240,66	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	130 240,66	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	130 240,66	[Redacted]

[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]		[Redacted]		[Redacted]		Koszt inkrementalny (PLN)	[Redacted]
		[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]		
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	130 240,66	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	130 240,66	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	112 407,24	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	130 240,66	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	132 540,45	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	130 240,66	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	130 240,66	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	121 011,13	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	139 470,20	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	130 240,66	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	130 240,66	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	130 240,66	[Redacted]

[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]		[REDACTED]		[REDACTED]		Koszt inkrementalny (PLN)	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]		
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	130 240,66	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	130 240,66	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	130 240,66	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	130 240,66	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	130 240,66	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	130 240,66	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	130 240,66	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	130 240,66	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	130 240,66	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	130 240,66	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	130 240,66
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	130 240,66	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	130 240,66	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	130 240,66	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	130 240,66	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	130 240,66	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	125 401,73	[REDACTED]

Tabela 68.

Wyniki jednokierunkowej analizy wrażliwości oraz analizy scenariuszy – porównanie LEB vs ██████ w populacji dzieci w wieku 12-17 lat z wynikiem EASI ≥ 20 w perspektywie płatnika publicznego w wariancie bez RSS

██████████	██████████	██████████		██████████		██████████		Koszt inkrementalny (PLN)	██████████
		██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████		
██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	193 105,32	██████████
██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	n/d	██████████
		██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	n/d	██████████
██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	214 709,89	██████████
██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	193 105,32	██████████
		██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	193 105,32	██████████
██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	69 330,67	██████████
		██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	126 775,94	██████████
██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	195 271,31	██████████
██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	193 105,32	██████████
		██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	193 105,32	██████████
██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	155 930,20	██████████
██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	193 105,04	██████████
██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	193 105,32	██████████
		██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	193 105,32	██████████

[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]		[REDACTED]		[REDACTED]		Koszt inkrementalny (PLN)	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]		
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	193 105,32	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	193 105,32	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	193 105,32	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	193 105,32	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	193 105,32	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	186 292,66	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	199 908,41	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	193 105,32	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	193 105,32	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	196 250,78	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	190 036,06	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	193 105,32	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	193 105,32	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	193 105,32	[REDACTED]

[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]		[Redacted]		[Redacted]		Koszt inkrementalny (PLN)	[Redacted]
		[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]		
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	193 105,32	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	193 105,32	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	172 079,82	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	193 105,32	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	186 299,37	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	193 105,32	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	193 105,32	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	178 203,87	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	208 006,77	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	193 105,32	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	193 105,32	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	193 105,32	[Redacted]

[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]		[REDACTED]		[REDACTED]		Koszt inkrementalny (PLN)	[REDACTED]	
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]			
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	193 105,32	[REDACTED]	
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	193 105,32	[REDACTED]	
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	193 105,32	[REDACTED]	
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	193 105,32	[REDACTED]	
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	193 105,32	[REDACTED]	
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	193 105,32	[REDACTED]	
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	193 105,32	[REDACTED]	
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	193 105,32	[REDACTED]	
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	193 105,32	[REDACTED]	
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	193 105,32	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	193 105,32	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	193 105,32	[REDACTED]	
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	193 105,32	[REDACTED]	
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	193 105,32	[REDACTED]	
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	193 105,32	[REDACTED]	
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	193 213,48	[REDACTED]	
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	198 897,54	[REDACTED]	

[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]		[REDACTED]		[REDACTED]		ICUR (PLN/QALY)	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]		
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	2 725 542,10	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	2 475 619,76	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	2 725 542,10	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	2 725 542,10	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	2 725 542,10	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	2 762 505,35	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	2 691 909,54	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	2 725 542,10	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	2 725 542,10	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	2 707 188,48	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	2 744 191,71	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	2 725 542,10	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	2 725 542,10	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	2 725 542,10	[REDACTED]

[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]		[REDACTED]		[REDACTED]		ICUR (PLN/QALY)	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]		
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	2 725 542,10	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	2 725 542,10	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	2 403 260,70	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	2 725 542,10	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	2 725 542,10	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	2 725 542,10	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	3 031 093,68	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	2 547 774,57	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	3 147 415,47	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	13 570 706,55	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	2 476 391,70	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	2 725 542,10	[REDACTED]

[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]		[REDACTED]		[REDACTED]		ICUR (PLN/QALY)	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]		
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	2 725 542,10	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	2 725 542,10	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	2 725 542,10	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	2 725 542,10	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	2 725 542,10	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	2 725 542,10	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	2 725 542,10	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	2 725 542,10	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	2 725 542,10	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	2 725 542,10	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	n/d*
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	n/d*	[REDACTED]	
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	n/d*	[REDACTED]	
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	n/d*	[REDACTED]	
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	2 725 542,10	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	2 651 924,89	[REDACTED]
[REDACTED]									
[REDACTED]									

Tabela 70.

Wyniki jednokierunkowej analizy wrażliwości oraz analizy scenariuszy – porównanie LEB vs BSC w populacji dorosłych z wynikiem $16 \leq \text{EASI} < 20$ w perspektywie płatnika publicznego w wariancie bez RSS

[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]		[REDACTED]		[REDACTED]		ICUR (PLN/QALY)	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]		
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	440 727,03	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	n/d	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	n/d	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	463 175,23	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	571 277,31	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	489 259,58	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	440 727,03	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	440 727,03	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	433 350,10	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	439 250,69	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	442 091,49	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	440 727,03	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	440 873,64	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	440 799,06	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	440 300,55	[REDACTED]

[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]		[REDACTED]		[REDACTED]		ICUR (PLN/QALY)	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]		
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	440 727,03	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	440 727,03	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	440 681,71	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	440 772,35	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	441 991,73	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	439 462,33	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	516 081,54	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	337 038,39	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	423 811,80	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	459 021,21	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	455 243,58	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	428 204,41	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	440 742,65	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	440 685,08	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	440 727,43	[REDACTED]

[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]		[REDACTED]		[REDACTED]		ICUR (PLN/QALY)	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]		
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	440 727,03	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	440 726,33	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	424 365,95	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	691 436,09	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	440 727,03	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	434 477,19	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	437 252,05	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	415 297,52	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	482 919,11	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	463 334,20	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	420 147,83	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	333 076,97	[REDACTED]

[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]		[REDACTED]		[REDACTED]		ICUR (PLN/QALY)	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]		
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	440 727,03	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	1 421 846,15	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	1 020 819,43	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	781 907,35	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	953 580,89	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	785 442,44	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	431 960,37	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	933 094,12	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	4 407 129,51	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	1 421 846,15	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	2 793 739,23	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	394 866,82	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	548 408,28	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	456 742,94	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	861 947,81	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	440 815,35	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	451 170,83	[REDACTED]

Tabela 71.

Wyniki jednokierunkowej analizy wrażliwości oraz analizy scenariuszy – porównanie LEB vs BSC w populacji dzieci w wieku 12-17 lat z wynikiem $16 \leq \text{EASI} < 20$ w perspektywie płatnika publicznego w wariancie bez RSS

[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]		[Redacted]		[Redacted]		ICUR (PLN/QALY)	[Redacted]
		[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]		
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	635 898,49	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	n/d	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	n/d	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	639 449,77	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	635 898,49	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	635 898,49	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	2 280 178,72	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	828 710,18	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	607 882,26	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	635 898,49	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	635 898,49	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	654 370,63	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	636 523,66	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	635 898,49	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	635 898,49	[Redacted]

[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]		[REDACTED]		[REDACTED]		ICUR (PLN/QALY)	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]		
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	635 898,49	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	635 898,49	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	635 755,15	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	636 041,83	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	637 586,70	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	634 210,28	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	667 449,60	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	610 503,11	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	605 527,12	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	669 357,60	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	644 309,85	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	627 723,93	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	636 206,37	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	635 053,34	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	635 900,27	[REDACTED]

[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]		[REDACTED]		[REDACTED]		ICUR (PLN/QALY)	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]		
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	635 898,49	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	635 897,59	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	593 641,52	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	852 516,40	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	635 898,49	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	635 898,49	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	645 148,99	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	571 809,93	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	751 520,88	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	691 657,43	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	588 085,19	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	476 715,56	[REDACTED]

[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]		[REDACTED]		[REDACTED]		ICUR (PLN/QALY)	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]		
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	635 898,49	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	2 215 004,03	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	1 540 097,19	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	1 157 890,09	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	1 431 085,08	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	1 163 442,64	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	622 838,78	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	1 398 098,06	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	9 063 615,66	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	2 215 004,03	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	4 898 061,07	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	580 591,61	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	819 089,15	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	675 806,44	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	1 330 298,04	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	636 153,78	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	650 376,61	[REDACTED]

Tabela 72.

Wyniki jednokierunkowej analizy wrażliwości oraz analizy scenariuszy – porównanie LEB vs ██████ w populacji dorosłych z wynikiem EASI ≥ 20 w perspektywie wspólnej w wariancie bez RSS

████████████████████	████████████████████	████████████████████		████████████████████		████████████████████		Koszt inkrementalny (PLN)	████████████████████
		████████	████████	████████	████████	████████	████████		
████████████████████	████████	████████	████████	████████	████████	████████	████████	191 506,67	████████
████████████████████	████████	████████	████████	████████	████████	████████	████████	n/d	████████
		████████	████████	████████	████████	████████	████████	n/d	████████
████████████████████	████████	████████	████████	████████	████████	████████	████████	299 124,46	████████
████████████████████	████████	████████	████████	████████	████████	████████	████████	139 462,34	████████
		████████	████████	████████	████████	████████	████████	175 602,42	████████
████████████████████	████████	████████	████████	████████	████████	████████	████████	191 506,67	████████
		████████	████████	████████	████████	████████	████████	191 506,67	████████
████████████████████	████████	████████	████████	████████	████████	████████	████████	191 873,77	████████
████████████████████	████████	████████	████████	████████	████████	████████	████████	192 228,26	████████
		████████	████████	████████	████████	████████	████████	190 803,89	████████
████████████████████	████████	████████	████████	████████	████████	████████	████████	191 506,67	████████
████████████████████	████████	████████	████████	████████	████████	████████	████████	191 431,09	████████
████████████████████	████████	████████	████████	████████	████████	████████	████████	191 506,67	████████
		████████	████████	████████	████████	████████	████████	191 506,67	████████

	Koszt inkrementalny (PLN)	
	191 506,67	
	191 506,67	
	191 506,67	
	191 506,67	
	191 506,67	
	191 506,67	
	183 931,44	
	199 077,21	
	191 506,67	
	191 506,67	
	207 011,05	
	178 518,29	
	191 506,67	
	191 506,67	
	191 506,67	

	Koszt inkrementalny (PLN)
	191 506,67
	191 506,67
	173 665,80
	191 506,67
	209 228,59
	191 506,67
	191 506,67
	175 924,19
	207 089,16
	191 506,67
	191 506,67
	191 506,67

	ICUR (PLN/QALY)	
	<i>ter. zdomin.*</i>	
	ter. zdomin.*	
	ter. zdomin.*	
	ter. zdomin.*	
	ter. zdomin.*	
	ter. zdomin.*	
	ter. zdomin.*	
	ter. zdomin.*	
	ter. zdomin.*	
	ter. zdomin.*	
	ter. zdomin.*	
	ter. zdomin.*	
	ter. zdomin.*	
	ter. zdomin.*	
	ter. zdomin.*	
	ter. zdomin.*	
	ter. zdomin.*	
	ter. zdomin.*	
	ter. zdomin.*	
	ter. zdomin.*	

Tabela 74.

Wyniki jednokierunkowej analizy wrażliwości oraz analizy scenariuszy – porównanie LEB vs ■■■ w populacji dorosłych z wynikiem EASI ≥ 20 w perspektywie wspólnej w wariancie bez RSS


		ICUR (PLN/QALY)
		2 154 260,74
		n/d
		n/d
		2 313 300,87
		2 477 665,79
		2 264 445,81
		2 154 260,74
		2 154 260,74
		2 157 987,39
		2 149 885,59
		2 158 405,71
		2 154 260,74
		2 154 663,45
		2 154 260,74
		2 154 260,74

		ICUR (PLN/QALY)
		2 154 260,74
		1 922 153,41
		2 154 260,74
		2 154 260,74
		2 154 260,74
		2 154 260,74
		2 171 717,15
		2 138 455,42
		2 154 260,74
		2 154 260,74
		2 097 307,17
		2 208 900,76
		2 154 260,74
		2 154 260,74
		2 154 260,74

		ICUR (PLN/QALY)
		2 154 260,74
		2 154 260,74
		2 000 780,90
		2 154 260,74
		2 154 260,74
		2 154 260,74
		2 348 168,02
		1 988 321,86
		2 514 793,27
		10 726247,94
		1 957 332,97
		2 154 260,74

		ICUR (PLN/QALY)
		2 154 260,74
		2 154 260,74
		2 154 260,74
		2 154 260,74
		2 154 260,74
		2 154 260,74
		2 154 260,74
		2 154 260,74
		2 154 260,74
		2 154 260,74
		n/d*
		n/d*
		n/d*
		n/d*
		2 154 260,74
		2 085 891,12

Tabela 75.

Wyniki jednokierunkowej analizy wrażliwości oraz analizy scenariuszy – porównanie LEB vs  w populacji dorosłych z wynikiem EASI ≥ 20 w perspektywie wspólnej w wariancie bez RSS

	ICUR (PLN/QALY)
	792 249,55
	n/d
	n/d
	746 000,62
	1 264 967,37
	954 114,95
	792 249,55
	792 249,55
	789 010,85
	787 669,99
	796 485,69
	792 249,55
	792 712,17
	795 133,04
	775 197,39

	ICUR (PLN/QALY)
	792 249,55
	774 803,60
	792 249,55
	792 249,55
	792 551,90
	791 947,20
	737 334,15
	1 174 983,17
	792 249,55
	792 249,55
	783 349,27
	800 657,91
	793 983,17
	788 970,44
	792 279,63

	ICUR (PLN/QALY)
	792 249,55
	792 236,89
	743 003,61
	670 698,72
	792 249,55
	774 946,08
	984 072,38
	634 688,35
	1 095 046,40
	1 617 806,13
	543 414,41
	971 074,01

	ICUR (PLN/QALY)
	792 249,55
	1 230 607,79
	1 540 576,40
	884 547,84
	945 309,20
	1 102 999,83
	921 570,02
	935 668,26
	1 368 256,45
	1 478 508,01
	1 681 780,08
	998 516,10
	1 199 147,30
	1 086 474,00
	1 476 720,86
	792 406,78
	804 392,49

Tabela 76.

Wyniki jednokierunkowej analizy wrażliwości oraz analizy scenariuszy – porównanie LEB vs ██████ w populacji dorosłych z wynikiem EASI ≥ 20 w perspektywie wspólnej w wariancie bez RSS

	Koszt inkrementalny (PLN)
	306 050,00
	n/d
	n/d
	496 151,39
	216 229,94
	277 443,22
	306 050,00
	306 050,00
	307 163,84
	306 987,81
	305 149,79
	306 050,00
	305 914,18
	305 260,00
	310 823,88

	Koszt inkrementalny (PLN)
	306 050,00
	306 050,00
	306 050,00
	306 050,00
	306 050,00
	306 050,00
	293 132,71
	318 959,32
	306 050,00
	306 050,00
	333 116,80
	283 506,47
	306 050,00
	306 050,00
	306 050,00

		Koszt inkrementalny (PLN)
		306 050,00
		306 050,00
		285 095,08
		306 050,00
		302 928,88
		306 050,00
		306 050,00
		279 635,99
		332 464,00
		306 050,00
		306 050,00
		306 050,00

		Koszt inkrementalny (PLN)
		306 050,00
		306 050,00
		306 050,00
		306 050,00
		306 050,00
		306 050,00
		306 050,00
		306 050,00
		306 050,00
		306 050,00
		306 050,00
		306 050,00
		306 050,00
		306 050,00
		306 050,00
		306 050,00
		306 158,16
		317 355,19

Tabela 77.

Wyniki jednokierunkowej analizy wrażliwości oraz analizy scenariuszy – porównanie LEB vs █████ w populacji dzieci w wieku 12-17 lat z wynikiem EASI ≥ 20 w perspektywie wspólnej w wariancie bez RSS

	Koszt inkrementalny (PLN)
	130 240,66
	n/d
	n/d
	142 872,73
	130 240,66
	130 240,66
	54 997,24
	92 109,70
	131 415,61
	130 240,66
	130 240,66
	118 201,17
	128 493,06
	130 240,66
	130 240,66

		Koszt inkrementalny (PLN)
		130 240,66
		130 240,66
		130 240,66
		130 240,66
		130 240,66
		130 240,66
		126 084,14
		134 391,00
		130 240,66
		130 240,66
		132 042,99
		128 479,30
		130 240,66
		130 240,66
		130 240,66

		Koszt inkrementalny (PLN)
		130 240,66
		130 240,66
		112 407,24
		130 240,66
		132 540,45
		130 240,66
		130 240,66
		121 011,13
		139 470,20
		130 240,66
		130 240,66
		130 240,66

Tabela 78.

Wyniki jednokierunkowej analizy wrażliwości oraz analizy scenariuszy – porównanie LEB vs █████ w populacji dzieci w wieku 12-17 lat z wynikiem EASI ≥ 20 w perspektywie wspólnej w wariancie bez RSS

	Koszt inkrementalny (PLN)
	193 105,32
	n/d
	n/d
	214 709,89
	193 105,32
	193 105,32
	69 330,67
	126 775,94
	195 271,31
	193 105,32
	193 105,32
	155 930,20
	193 105,04
	193 105,32
	193 105,32

	Koszt inkrementalny (PLN)
	193 105,32
	193 105,32
	193 105,32
	193 105,32
	193 105,32
	193 105,32
	186 292,66
	199 908,41
	193 105,32
	193 105,32
	196 250,78
	190 036,06
	193 105,32
	193 105,32
	193 105,32

	Koszt inkrementalny (PLN)
	193 105,32
	193 105,32
	172 079,82
	193 105,32
	186 299,37
	193 105,32
	193 105,32
	178 203,87
	208 006,77
	193 105,32
	193 105,32
	193 105,32

	Koszt inkrementalny (PLN)	
	<i>193 105,32</i>	
	193 105,32	
	193 105,32	
	193 105,32	
	193 105,32	
	193 105,32	
	193 105,32	
	193 105,32	
	193 105,32	
	193 105,32	
	193 105,32	
	193 105,32	
	193 105,32	
	193 105,32	
	193 213,48	
	198 897,54	

Tabela 79.

Wyniki jednokierunkowej analizy wrażliwości oraz analizy scenariuszy – porównanie LEB vs [] w populacji dzieci w wieku 12-17 lat z wynikiem EASI ≥ 20 w perspektywie wspólnej w wariancie bez RSS

	ICUR (PLN/QALY)
	2 725 542,10
	n/d
	n/d
	2 732 272,22
	2 725 542,10
	2 725 542,10
	6 012 992,60
	3 323 030,78
	2 728 529,70
	2 725 542,10
	2 725 542,10
	2 725 849,12
	2 725 543,93
	2 725 542,10
	2 725 542,10

		ICUR (PLN/QALY)
		2 725 542,10
		2 475 619,76
		2 725 542,10
		2 725 542,10
		2 725 542,10
		2 725 542,10
		2 762 505,35
		2 691 909,54
		2 725 542,10
		2 725 542,10
		2 707 188,48
		2 744 191,71
		2 725 542,10
		2 725 542,10
		2 725 542,10

		ICUR (PLN/QALY)
		<i>2 725 542,10</i>
		2 725 542,10
		2 403 260,70
		2 725 542,10
		2 725 542,10
		2 725 542,10
		3 031 093,68
		2 547 774,57
		3 147 415,47
		13 570 706,55
		2 476 391,70
		2 725 542,10

		ICUR (PLN/QALY)
		2 725 542,10
		2 725 542,10
		2 725 542,10
		2 725 542,10
		2 725 542,10
		2 725 542,10
		2 725 542,10
		2 725 542,10
		2 725 542,10
		2 725 542,10
		n/d*
		n/d*
		n/d*
		n/d*
		2 725 542,10
		2 651 924,89

Tabela 80.

Wyniki jednokierunkowej analizy wrażliwości oraz analizy scenariuszy – porównanie LEB vs BSC w populacji dorosłych z wynikiem $16 \leq \text{EASI} < 20$ w perspektywie wspólnej w wariacie bez RSS

	ICUR (PLN/QALY)
	427 608,60
	n/d
	n/d
	448 125,33
	556 434,06
	475 271,08
	427 608,60
	427 608,60
	420 620,19
	426 138,09
	428 970,06
	427 608,60
	427 752,55
	427 682,19
	427 172,63

		ICUR (PLN/QALY)
		427 608,60
		427 608,60
		427 563,28
		427 653,92
		428 873,30
		426 343,90
		502 640,54
		324 834,87
		410 616,15
		445 986,21
		442 279,78
		414 952,58
		431 814,65
		419 653,84
		427 735,03

	ICUR (PLN/QALY)
	<i>427 608,60</i>
	427 555,38
	411 259,82
	678 602,35
	427 608,60
	421 373,35
	424 034,04
	401 803,57
	470 423,07
	450 311,02
	406 905,01
	323 162,79

	ICUR (PLN/QALY)
	427 608,60
	1 379 524,29
	990 434,30
	758 633,54
	925 197,15
	762 063,41
	419 102,89
	905 320,17
	4 275 949,40
	1 379 524,29
	2 710 582,38
	383 113,44
	532 084,67
	443 147,79
	836 291,56
	427 696,92
	438 052,40

Tabela 81.

Wyniki jednokierunkowej analizy wrażliwości oraz analizy scenariuszy – porównanie LEB vs BSC w populacji dzieci w wieku 12-17 lat z wynikiem $16 \leq \text{EASI} < 20$ w perspektywie wspólnej w wariancie bez RSS

		ICUR (PLN/QALY)
		623 057,07
		n/d
		n/d
		626 201,45
		623 057,07
		623 057,07
		2 257 575,91
		814 683,35
		595 894,68
		623 057,07
		623 057,07
		640 201,02
		623 682,23
		623 057,07
		623 057,07

	ICUR (PLN/QALY)	
	623 057,07	
	623 057,07	
	622 913,73	
	623 200,40	
	624 745,27	
	621 368,86	
	654 523,73	
	597 734,84	
	592 628,82	
	656 578,84	
	631 495,71	
	614 856,24	
	627 945,37	
	613 807,25	
	623 227,21	

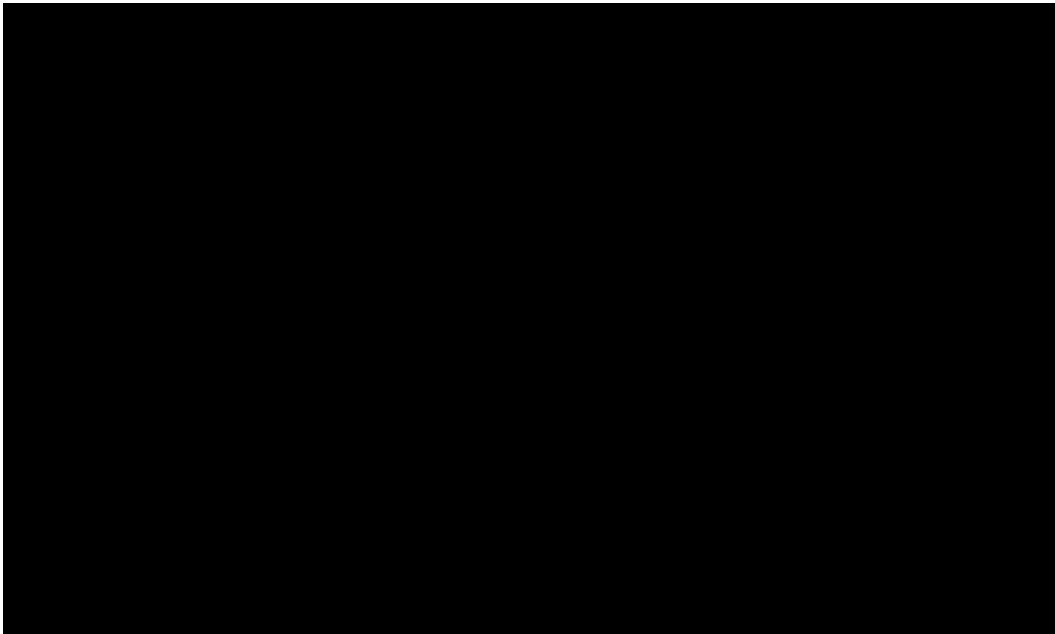
		ICUR (PLN/QALY)
		623 057,07
		622 985,46
		580 553,27
		840 566,05
		623 057,07
		623 057,07
		632 181,74
		558 592,38
		739 448,58
		678 830,66
		575 172,94
		467 088,70

	ICUR (PLN/QALY)
	623 057,07
	2 170 273,93
	1 508 996,26
	1 134 507,50
	1 402 185,55
	1 139 947,92
	610 261,09
	1 369 864,68
	8 880 583,73
	2 170 273,93
	4 799 148,93
	568 867,06
	802 548,34
	662 159,11
	1 303 433,81
	623 312,36
	637 535,19

15.5. Wyniki wielokierunkowej analizy wrażliwości w formie graficznej

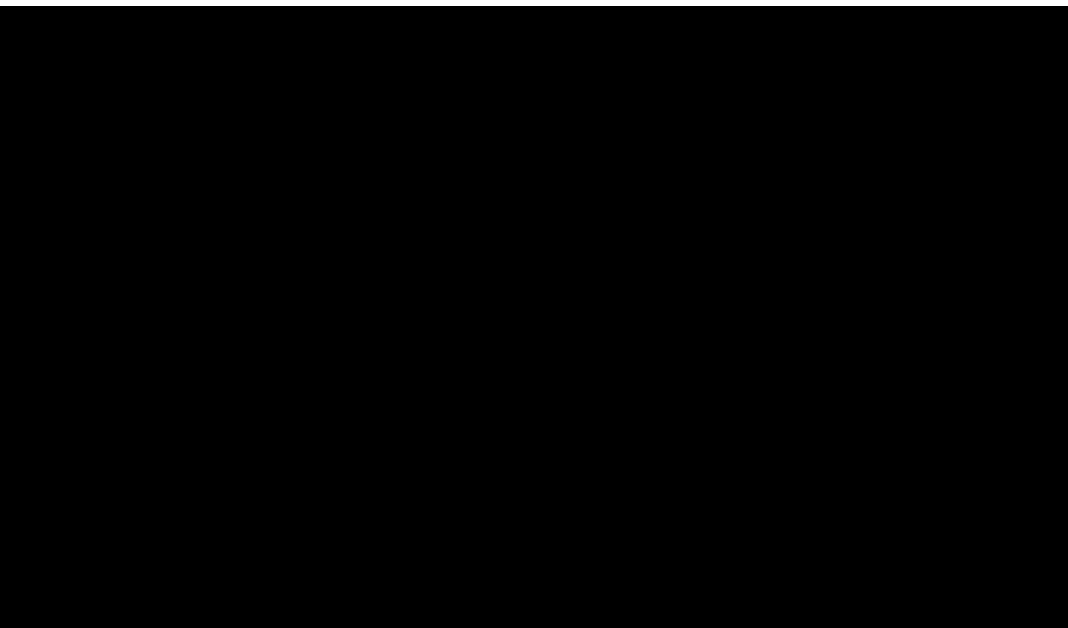
Rysunek 5.

Zestawienie wyników wielokierunkowej analizy wrażliwości – porównanie LEB vs ■■■■ w populacji dorosłych z wynikiem EASI ≥ 20 w perspektywie płatnika publicznego w wariancie z RSS



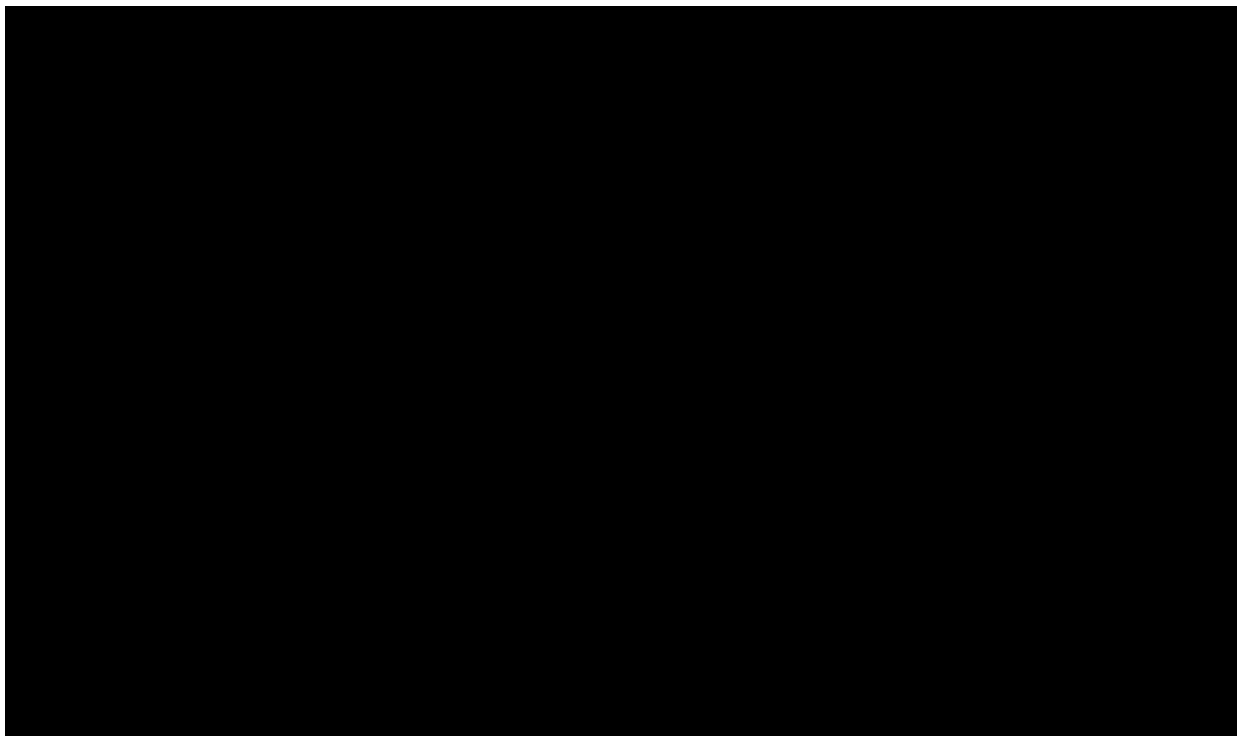
Rysunek 6.

Zestawienie wyników wielokierunkowej analizy wrażliwości – porównanie LEB vs ■■■■ w populacji dorosłych z wynikiem EASI ≥ 20 w perspektywie płatnika publicznego w wariancie z RSS



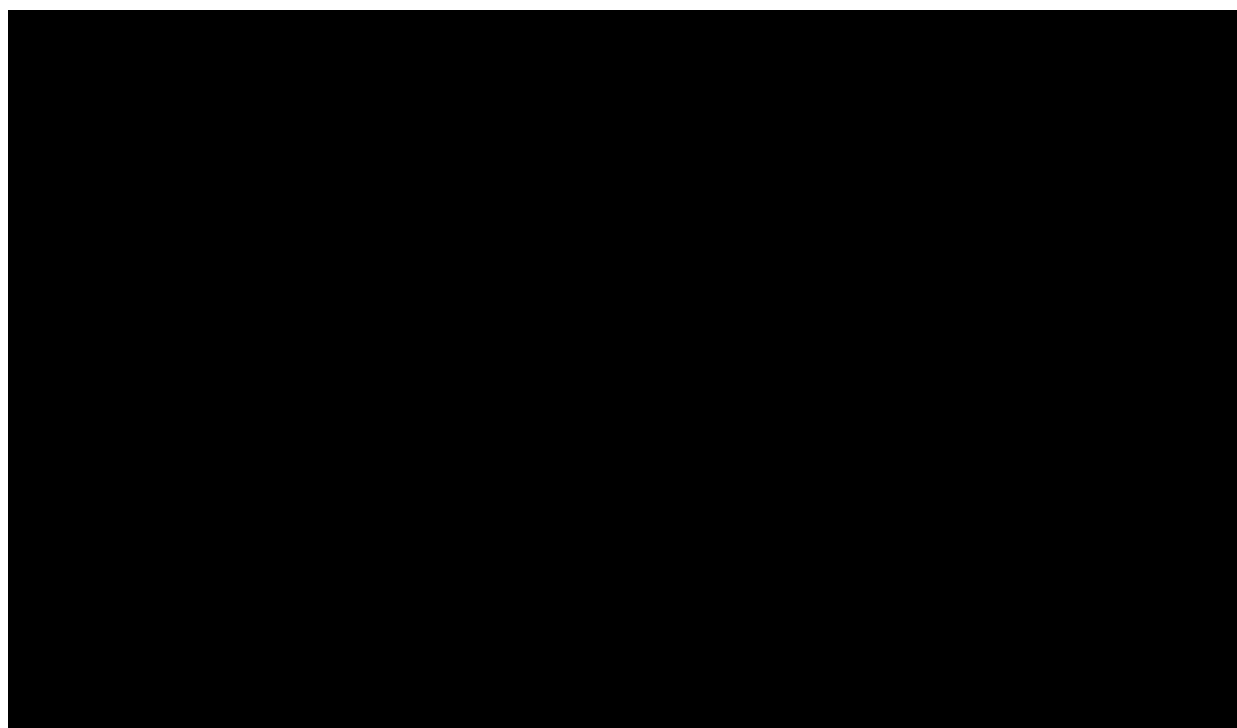
Rysunek 7.

Zestawienie wyników wielokierunkowej analizy wrażliwości – porównanie LEB vs [REDACTED] w populacji dorosłych z wynikiem EASI ≥ 20 w perspektywie płatnika publicznego w wariancie z RSS



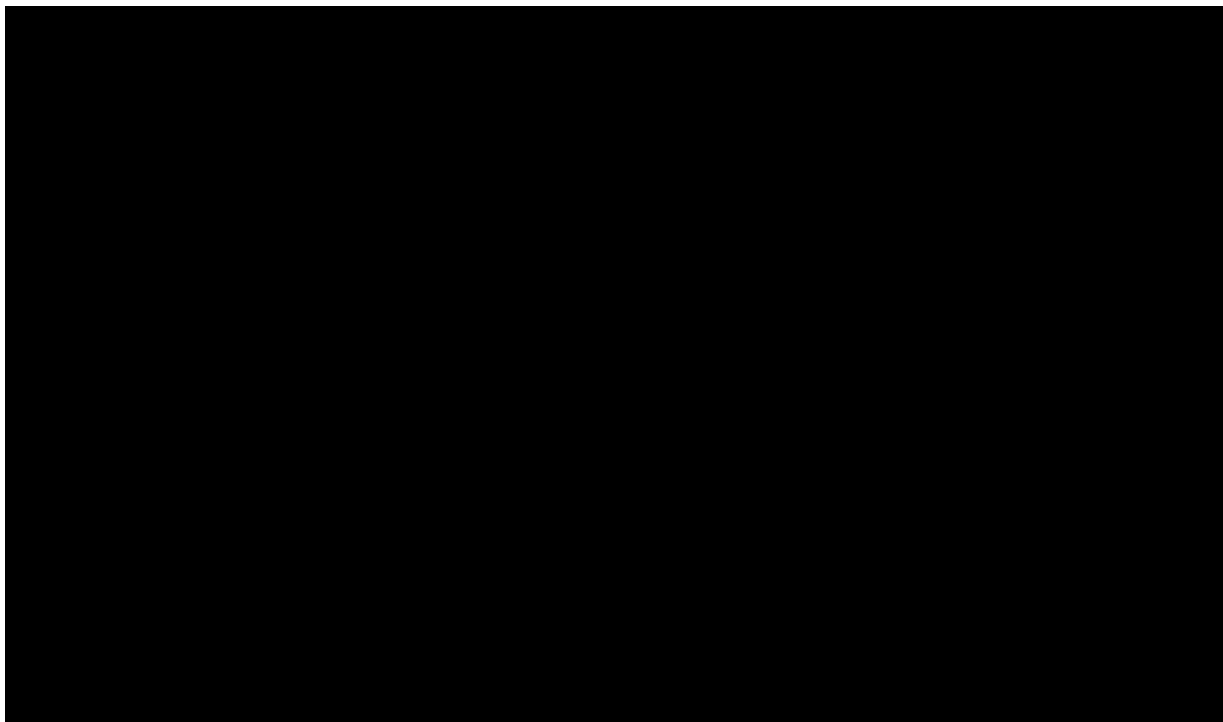
Rysunek 8.

Zestawienie wyników wielokierunkowej analizy wrażliwości – porównanie LEB vs [REDACTED] w populacji dzieci w wieku 12-17 lat z wynikiem EASI ≥ 20 w perspektywie płatnika publicznego w wariancie z RSS



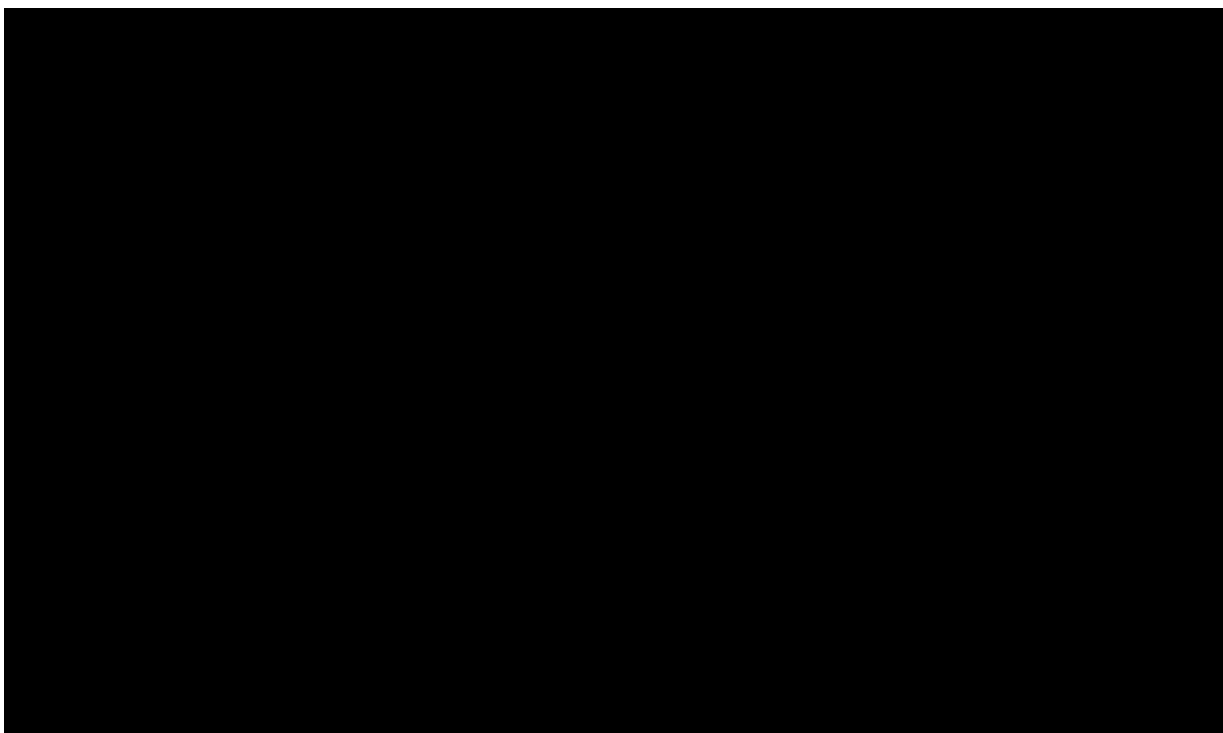
Rysunek 9.

Zestawienie wyników wielokierunkowej analizy wrażliwości – porównanie LEB vs BSC w populacji dorosłych z wynikiem $16 \leq \text{EASI} < 20$ w perspektywie płatnika publicznego w wariancie z RSS




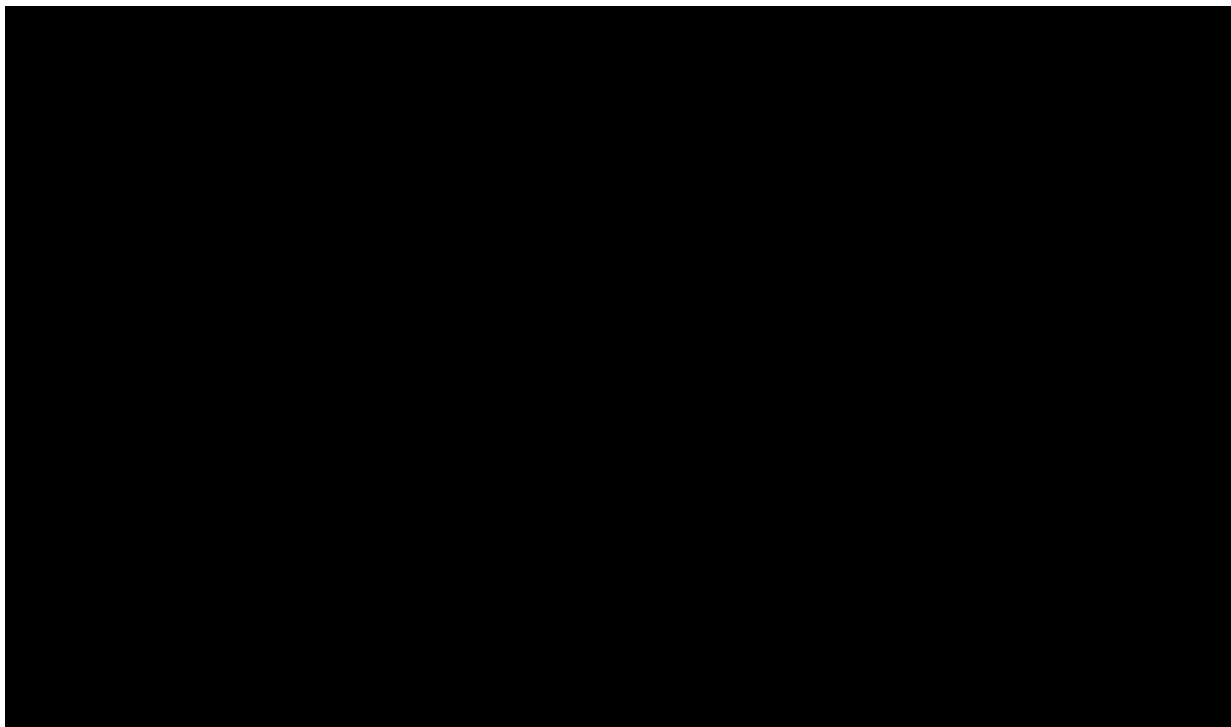
Rysunek 10.

Zestawienie wyników wielokierunkowej analizy wrażliwości – porównanie LEB vs BSC w populacji dzieci w wieku 12-17 lat z wynikiem $16 \leq \text{EASI} < 20$ w perspektywie płatnika publicznego w wariancie z RSS




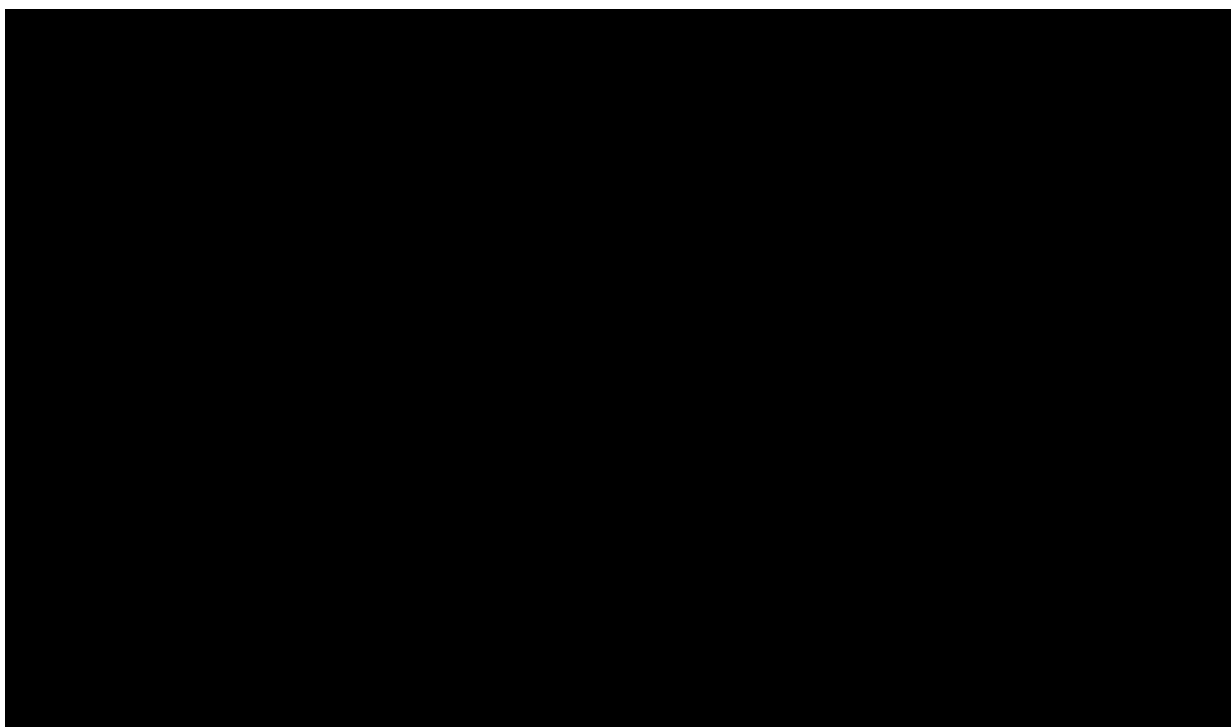
Rysunek 11.

Zestawienie wyników wielokierunkowej analizy wrażliwości – porównanie LEB vs  w populacji dorosłych z wynikiem EASI ≥ 20 w perspektywie wspólnej w wariancie z RSS



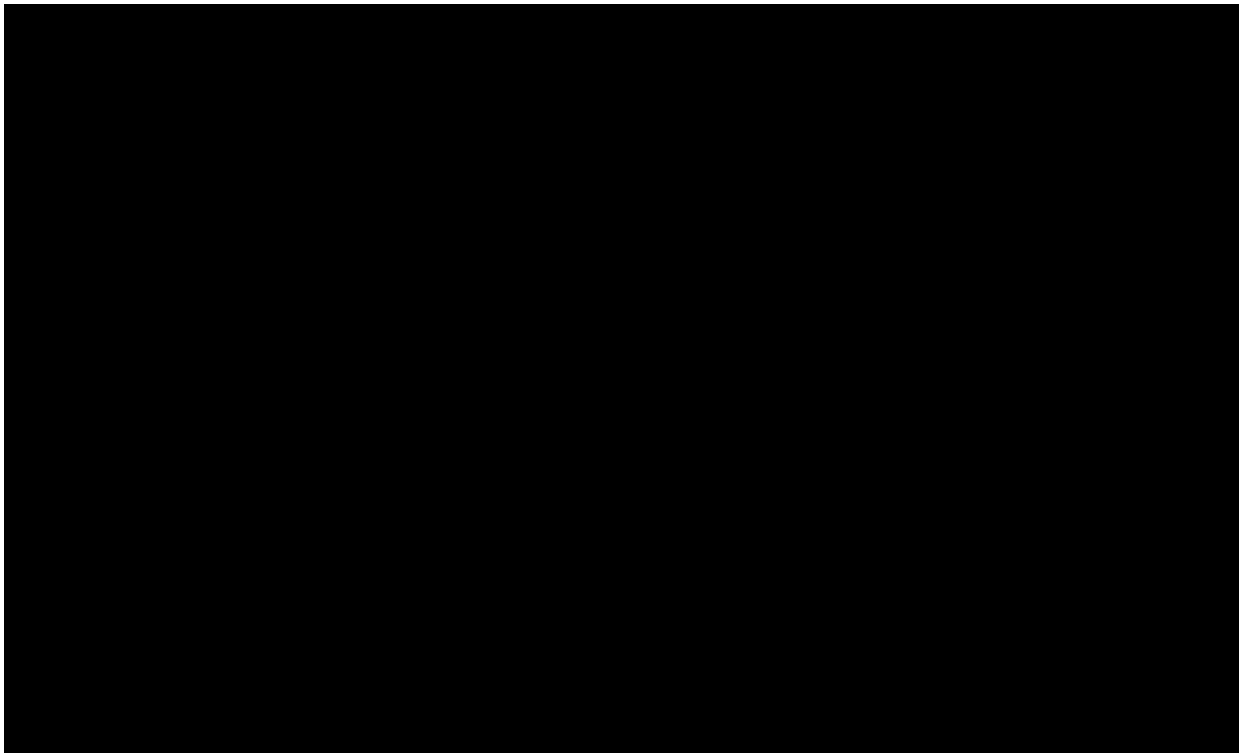
Rysunek 12.

Zestawienie wyników wielokierunkowej analizy wrażliwości – porównanie LEB vs  w populacji dorosłych z wynikiem EASI ≥ 20 w perspektywie wspólnej w wariancie z RSS



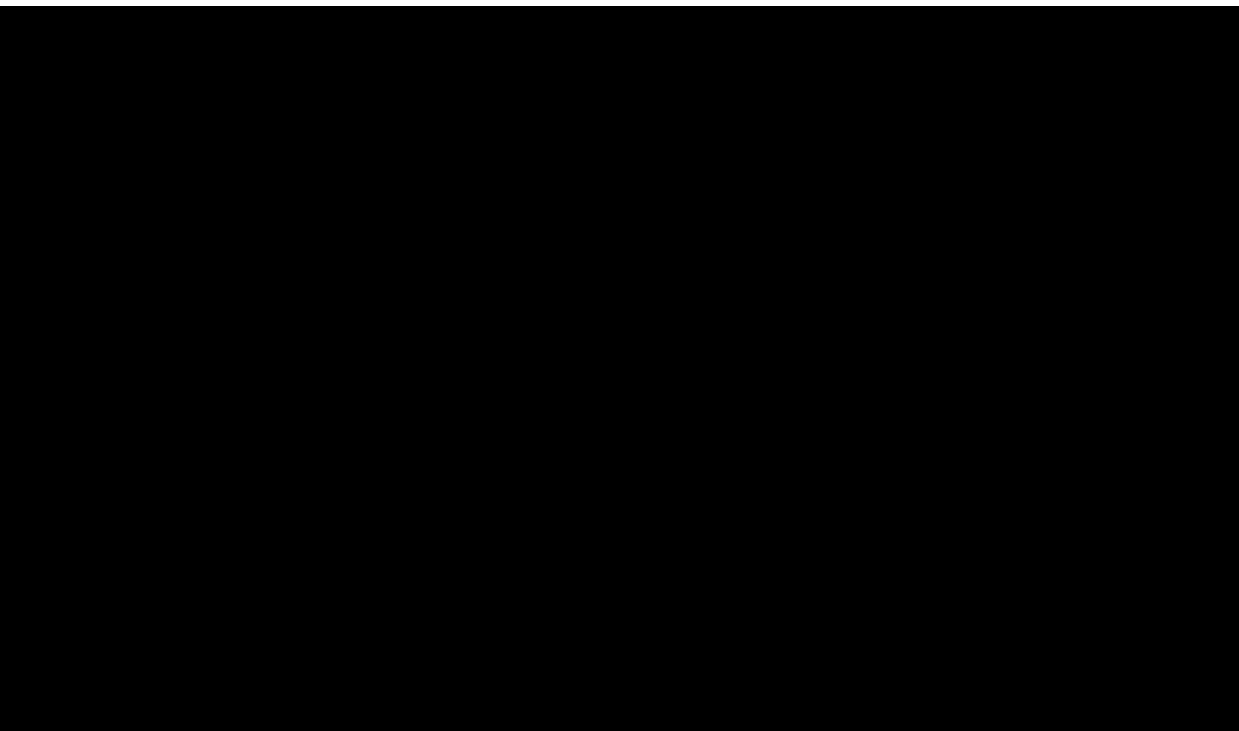
Rysunek 13.

Zestawienie wyników wielokierunkowej analizy wrażliwości – porównanie LEB vs [REDACTED] w populacji dorosłych z wynikiem EASI ≥ 20 w perspektywie wspólnej w wariancie z RSS



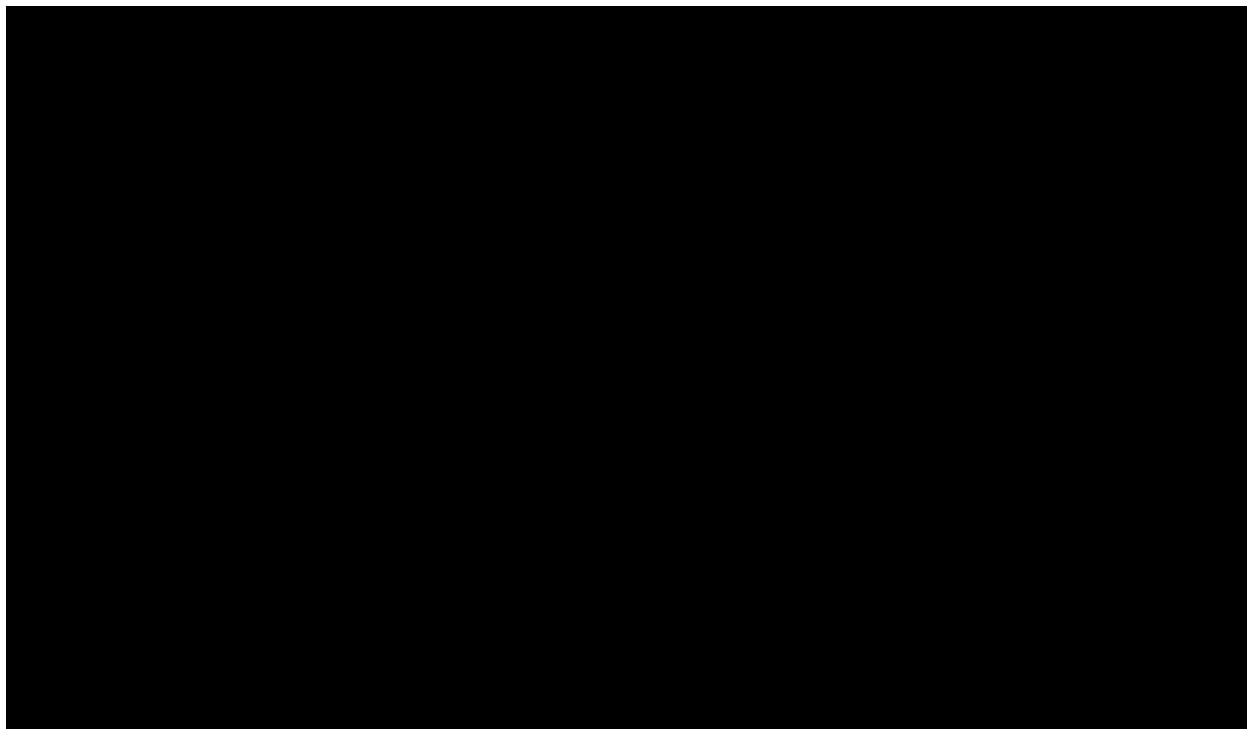
Rysunek 14.

Zestawienie wyników wielokierunkowej analizy wrażliwości – porównanie LEB vs [REDACTED] w populacji dzieci w wieku 12-17 lat z wynikiem EASI ≥ 20 w perspektywie wspólnej w wariancie z RSS



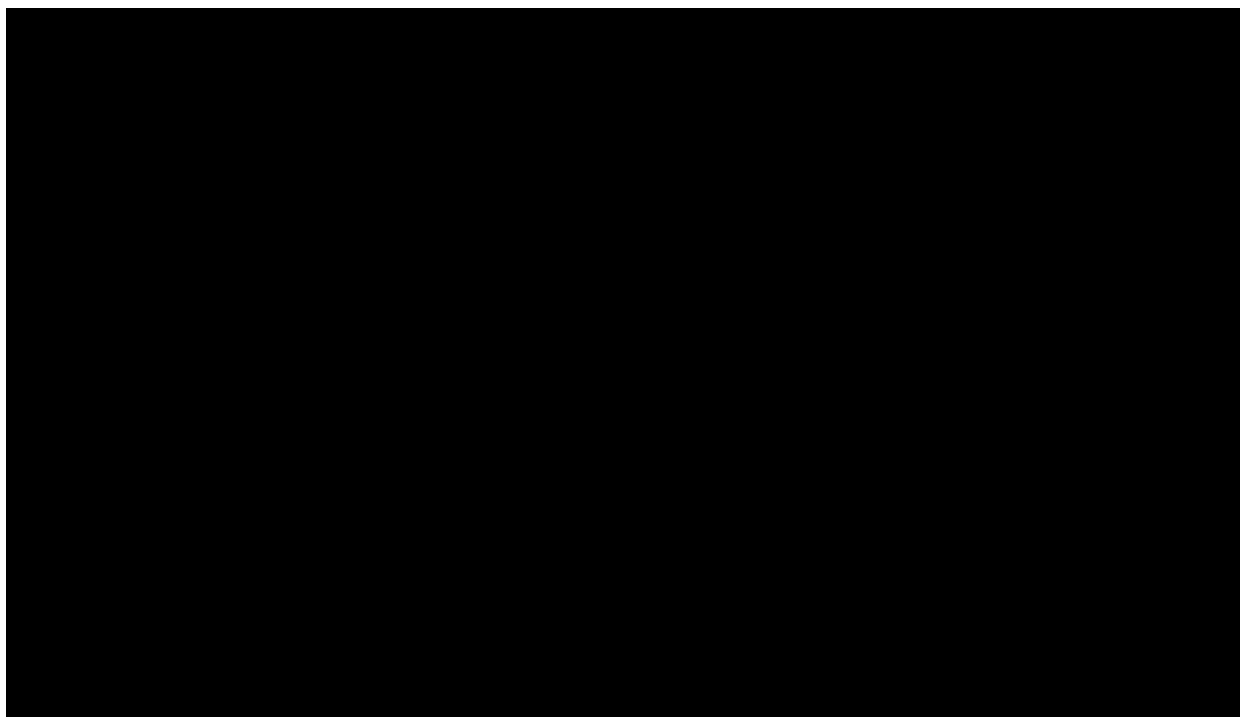
Rysunek 15.

Zestawienie wyników wielokierunkowej analizy wrażliwości – porównanie LEB vs BSC w populacji dorosłych z wynikiem $16 \leq \text{EASI} < 20$ w perspektywie wspólnej w wariancie z RSS




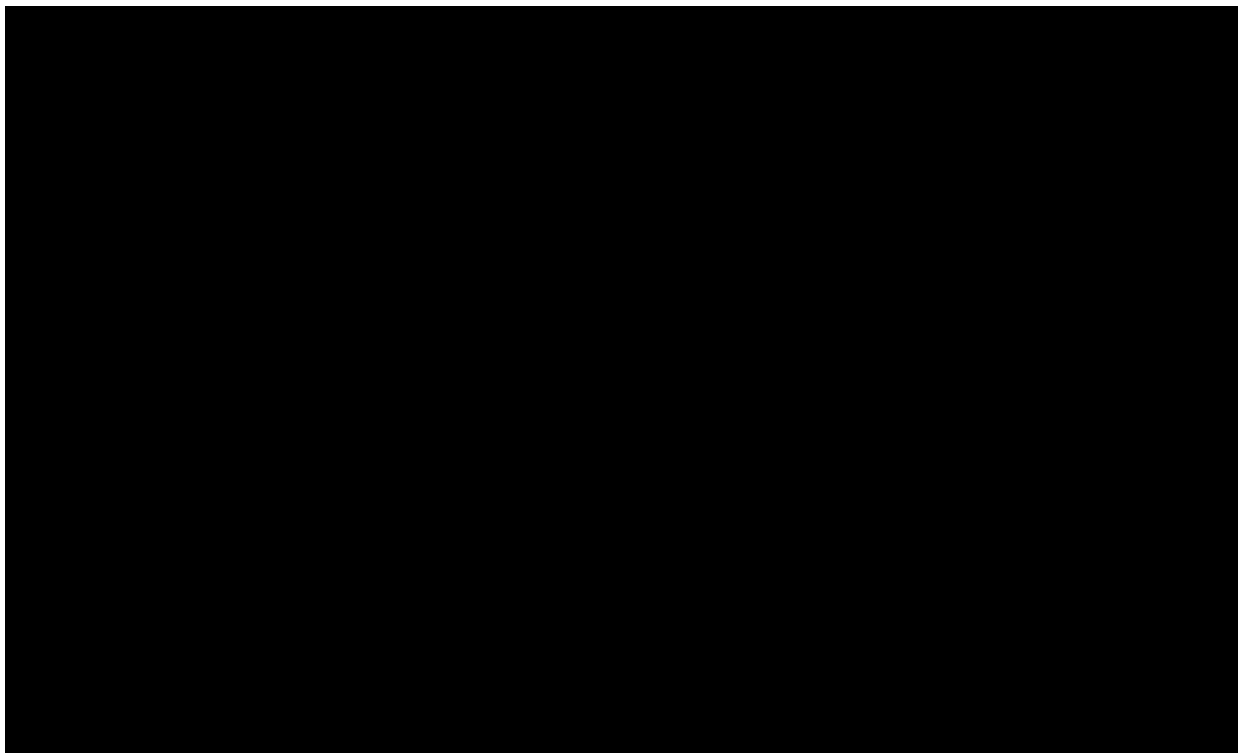
Rysunek 16.

Zestawienie wyników wielokierunkowej analizy wrażliwości – porównanie LEB vs BSC w populacji dzieci w wieku 12-17 lat z wynikiem $16 \leq \text{EASI} < 20$ w perspektywie wspólnej w wariancie z RSS




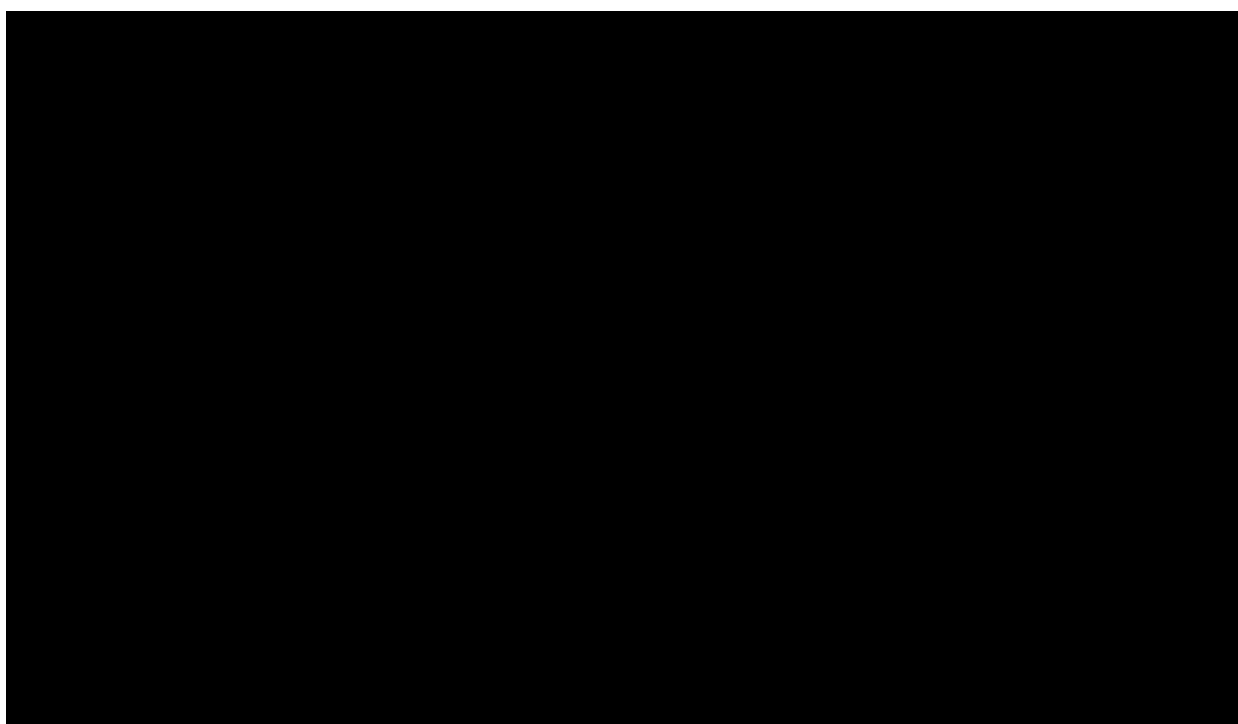
Rysunek 17.

Zestawienie wyników wielokierunkowej analizy wrażliwości – porównanie LEB vs  w populacji dorosłych z wynikiem EASI ≥ 20 w perspektywie płatnika publicznego w wariacie bez RSS




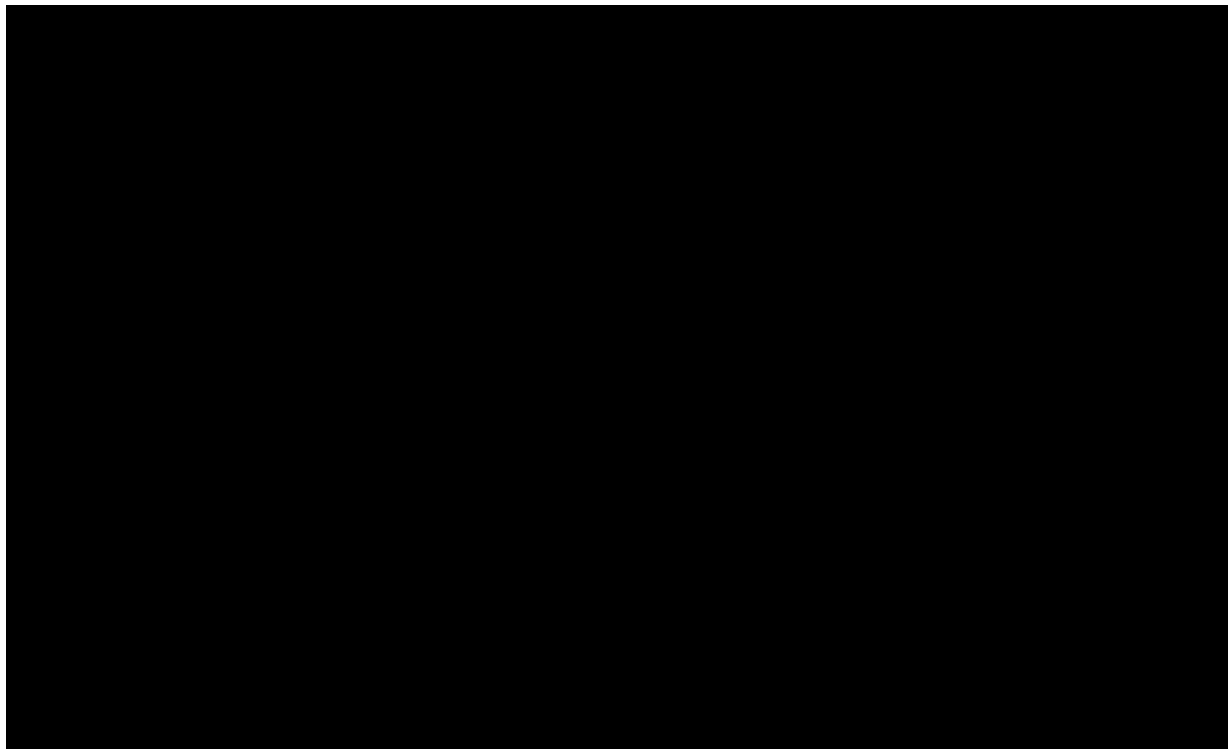
Rysunek 18.

Zestawienie wyników wielokierunkowej analizy wrażliwości – porównanie LEB vs  w populacji dorosłych z wynikiem EASI ≥ 20 w perspektywie płatnika publicznego w wariacie bez RSS



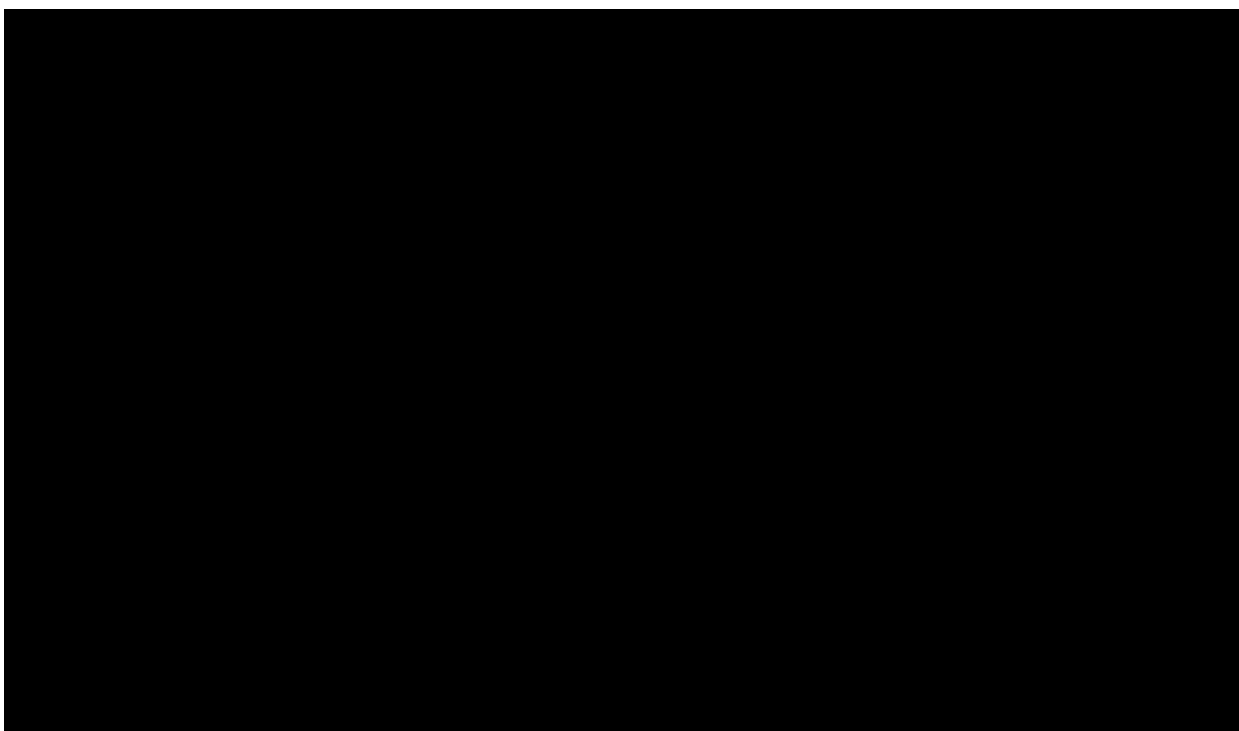
Rysunek 19.

Zestawienie wyników wielokierunkowej analizy wrażliwości – porównanie LEB v  w populacji dorosłych z wynikiem EASI ≥ 20 w perspektywie płatnika publicznego w wariacie bez RSS



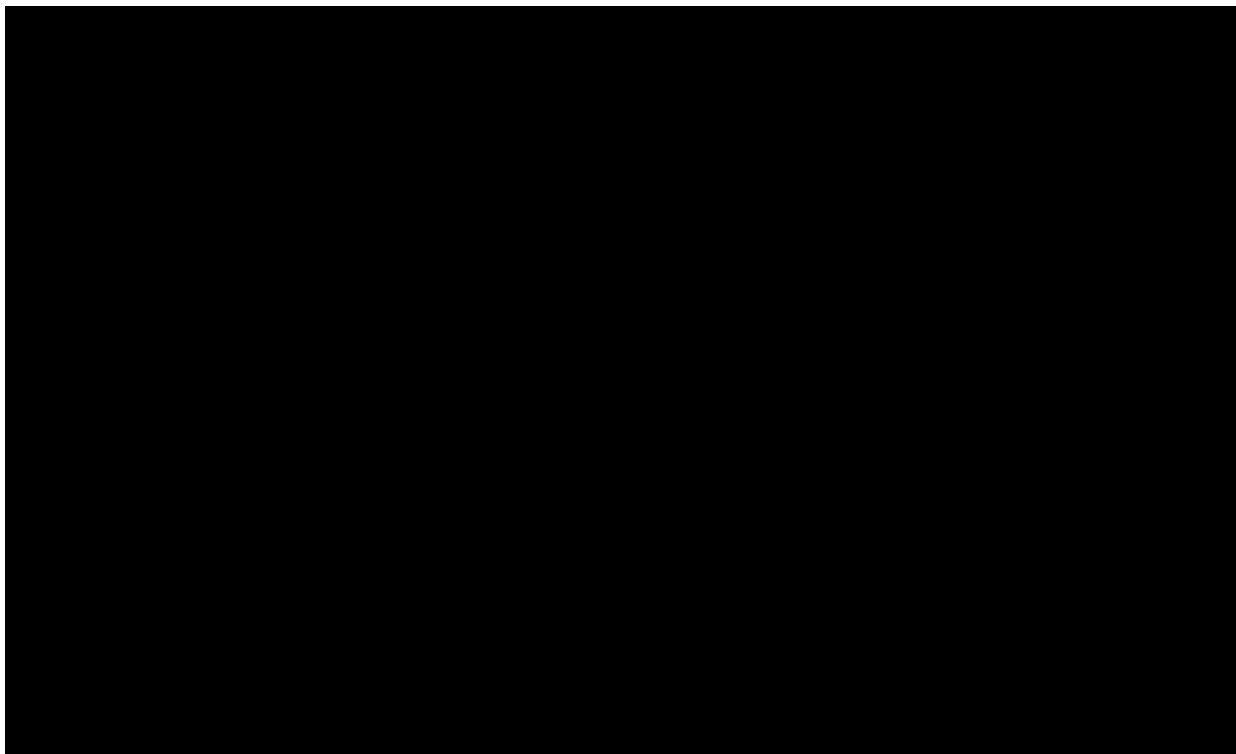
Rysunek 20.

Zestawienie wyników wielokierunkowej analizy wrażliwości – porównanie LEB vs  w populacji dzieci w wieku 12-17 lat z wynikiem EASI ≥ 20 w perspektywie płatnika publicznego w wariacie bez RSS



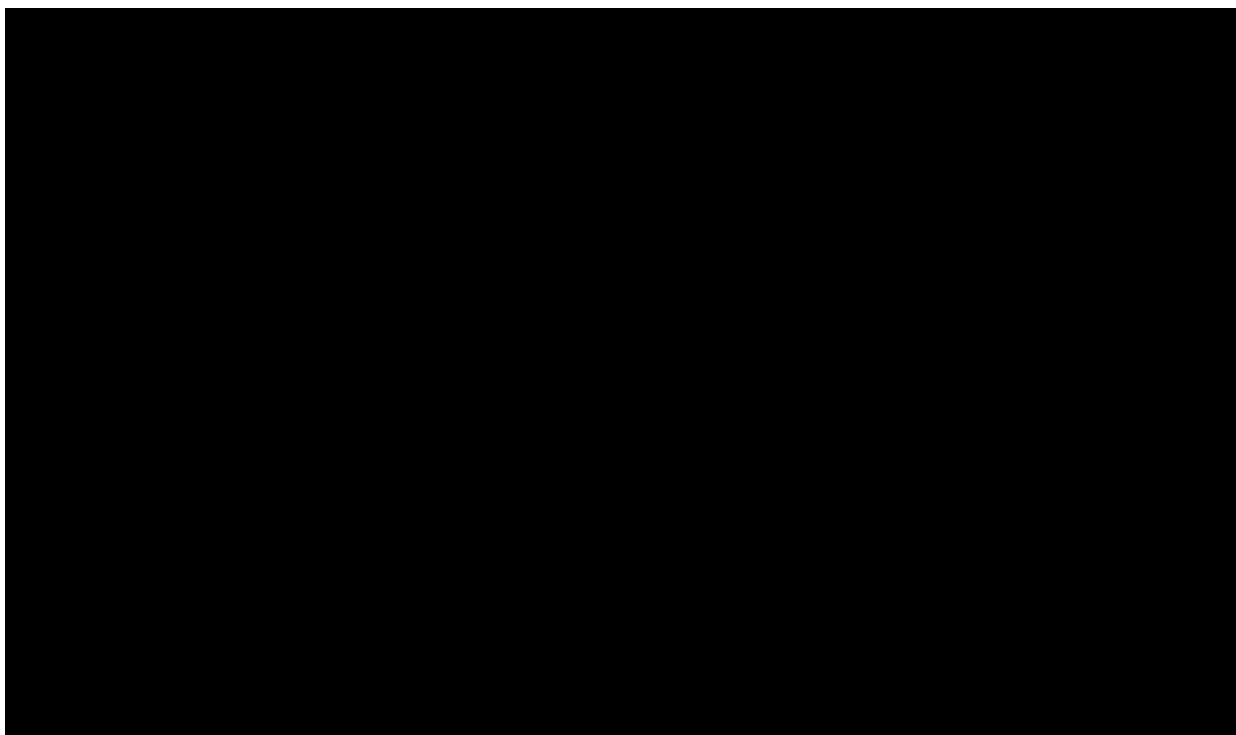
Rysunek 21.

Zestawienie wyników wielokierunkowej analizy wrażliwości – porównanie LEB vs BSC w populacji dorosłych z wynikiem $16 \leq \text{EASI} < 20$ w perspektywie płatnika publicznego w wariacie bez RSS



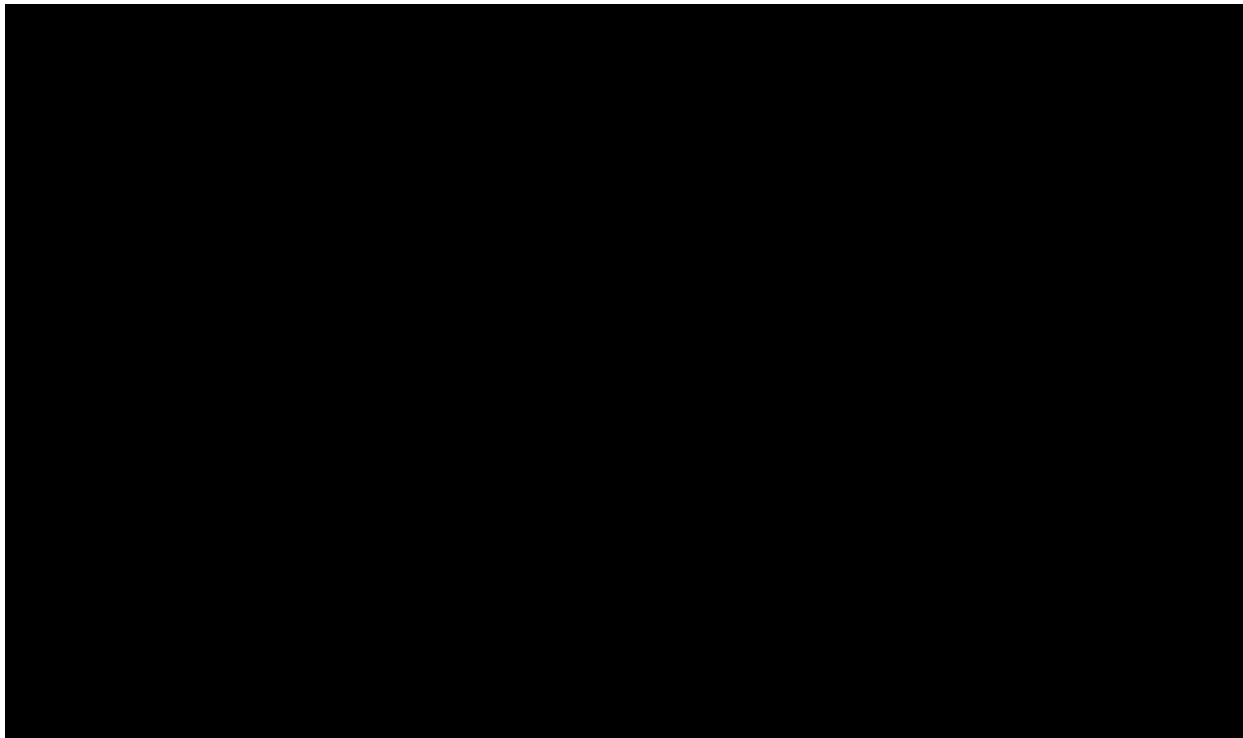
Rysunek 22.

Zestawienie wyników wielokierunkowej analizy wrażliwości – porównanie LEB vs BSC w populacji dzieci w wieku 12-17 lat z wynikiem $16 \leq \text{EASI} < 20$ w perspektywie płatnika publicznego w wariacie bez RSS



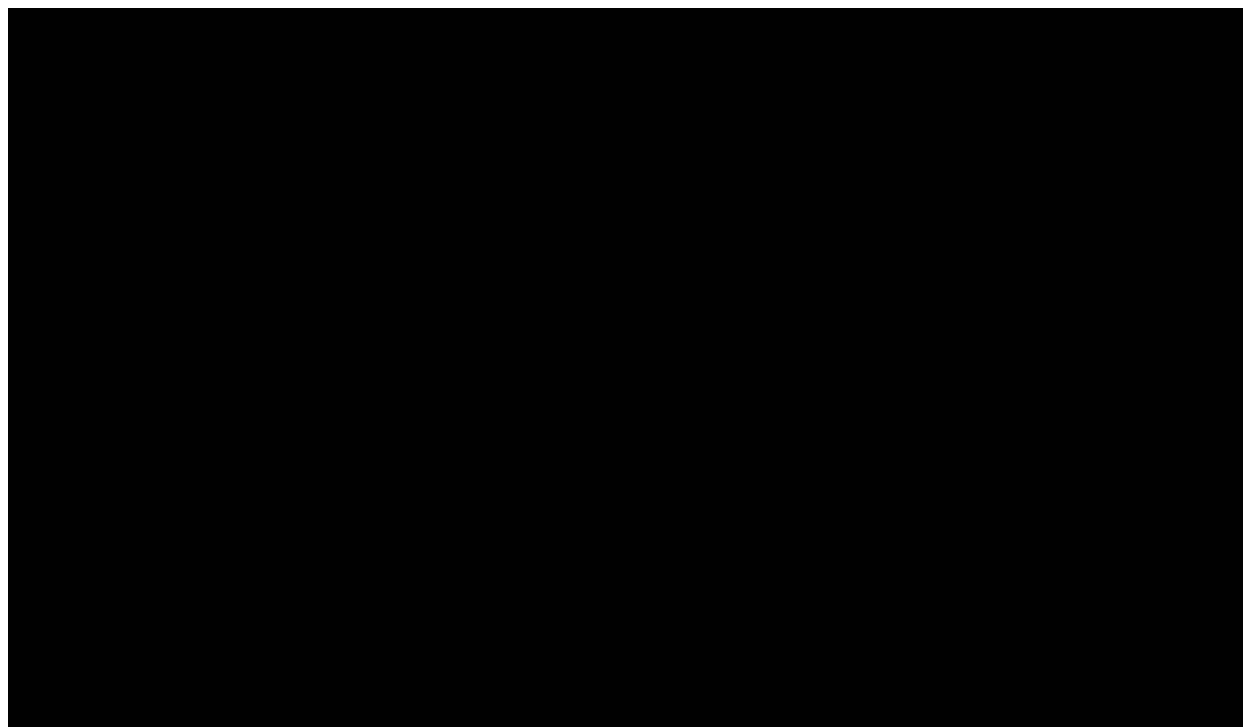
Rysunek 23.

Zestawienie wyników wielokierunkowej analizy wrażliwości – porównanie LEB vs [] w populacji dorosłych z wynikiem EASI ≥ 20 w perspektywie wspólnej w wariancie bez RSS



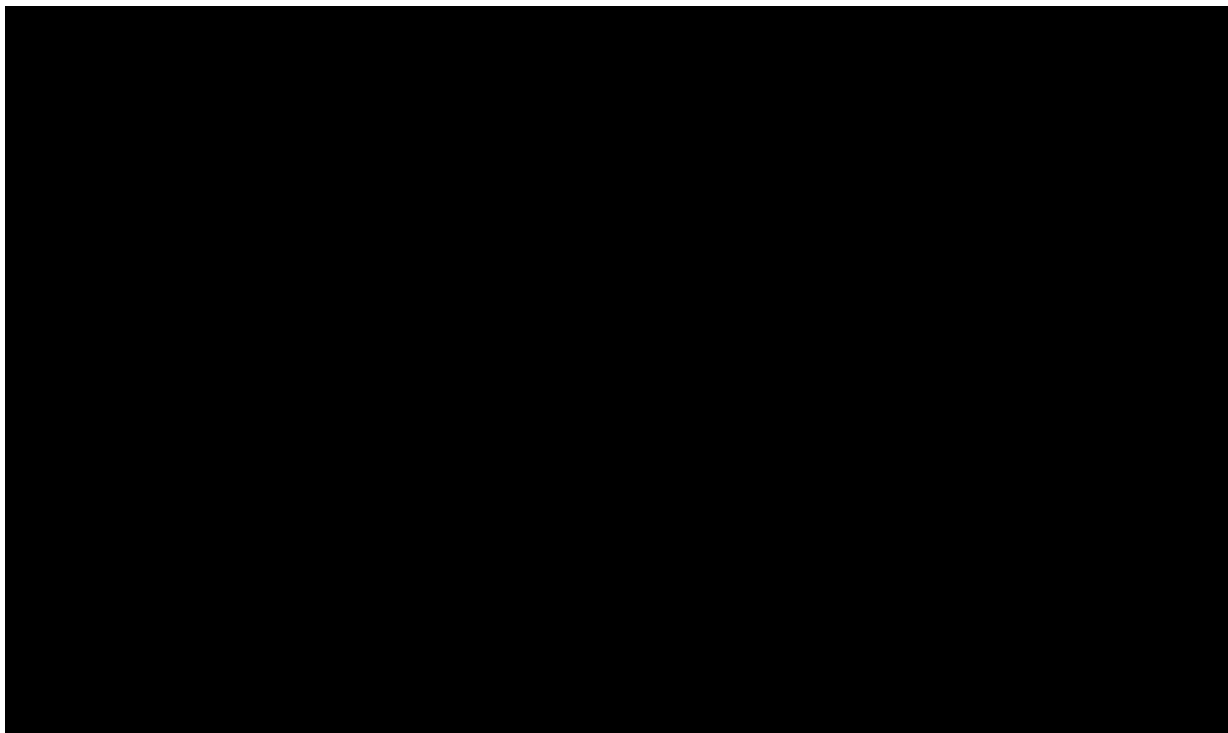
Rysunek 24.

Zestawienie wyników wielokierunkowej analizy wrażliwości – porównanie LEB vs [] w populacji dorosłych z wynikiem EASI ≥ 20 w perspektywie wspólnej w wariancie bez RSS



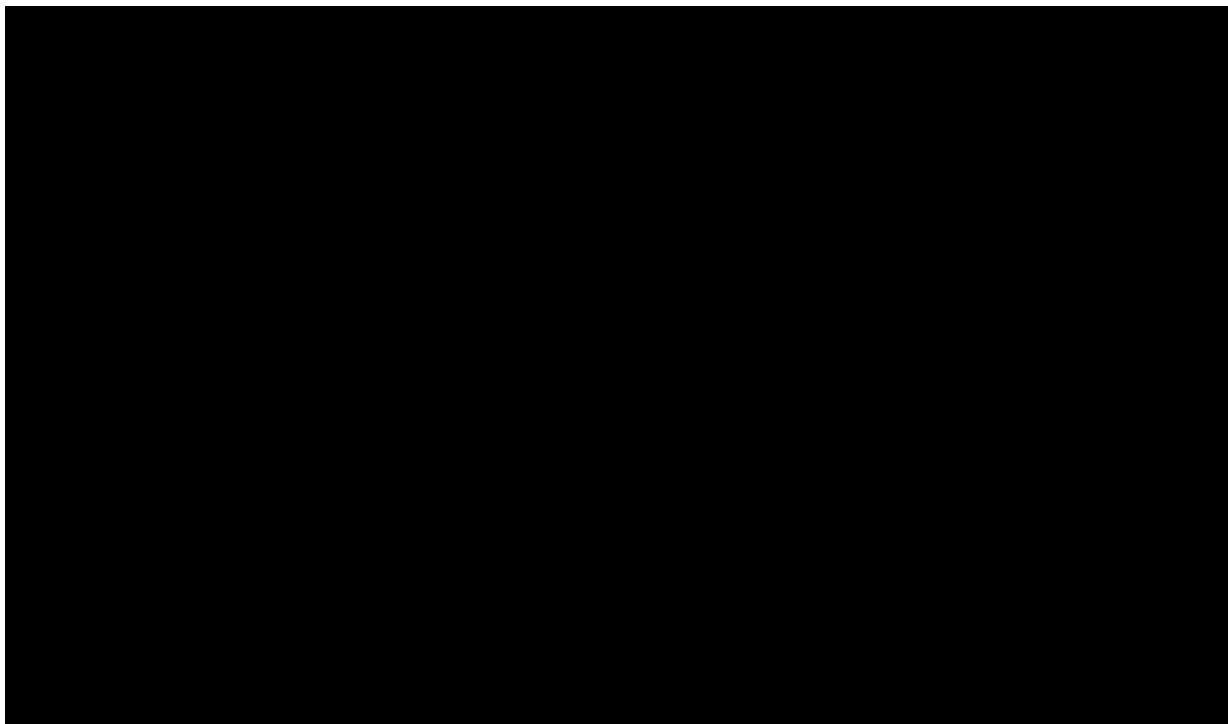
Rysunek 25.

Zestawienie wyników wielokierunkowej analizy wrażliwości – porównanie LEB vs [REDACTED] w populacji dorosłych z wynikiem EASI ≥ 20 w perspektywie wspólnej w wariancie bez RSS



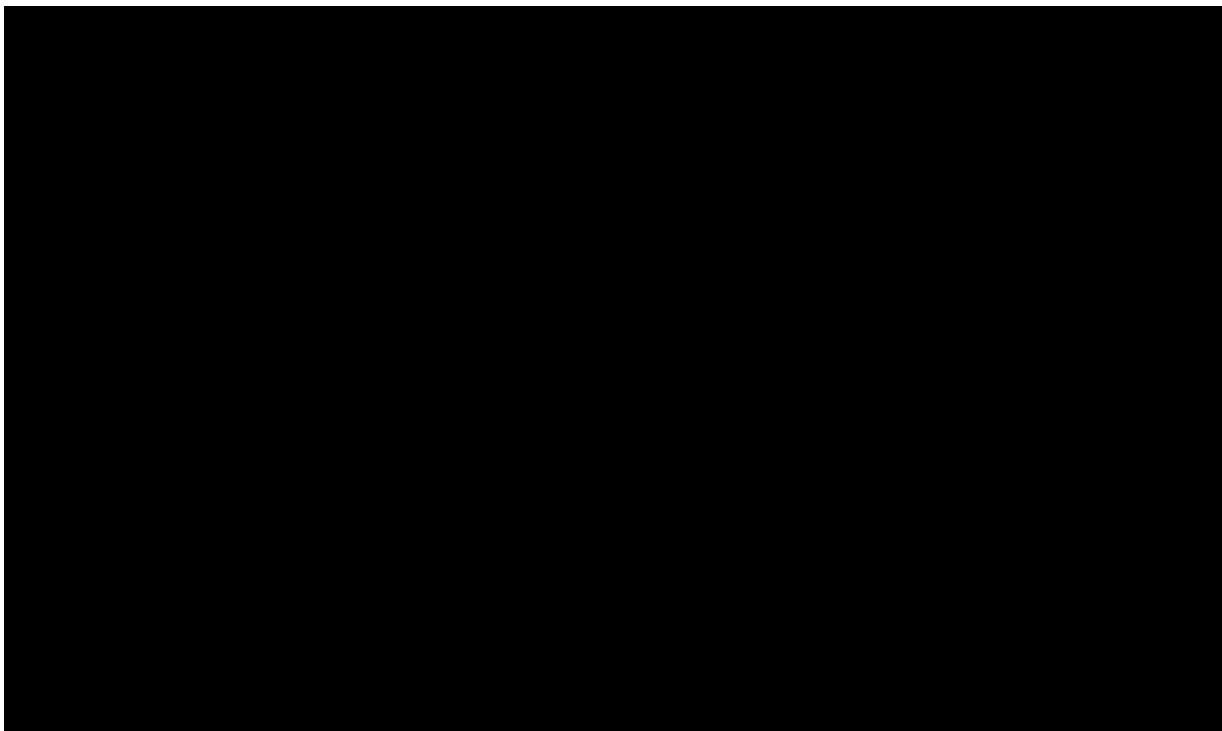
Rysunek 26.

Zestawienie wyników wielokierunkowej analizy wrażliwości – porównanie LEB vs [REDACTED] w populacji dzieci w wieku 12-17 lat z wynikiem EASI ≥ 20 w perspektywie wspólnej w wariancie bez RSS



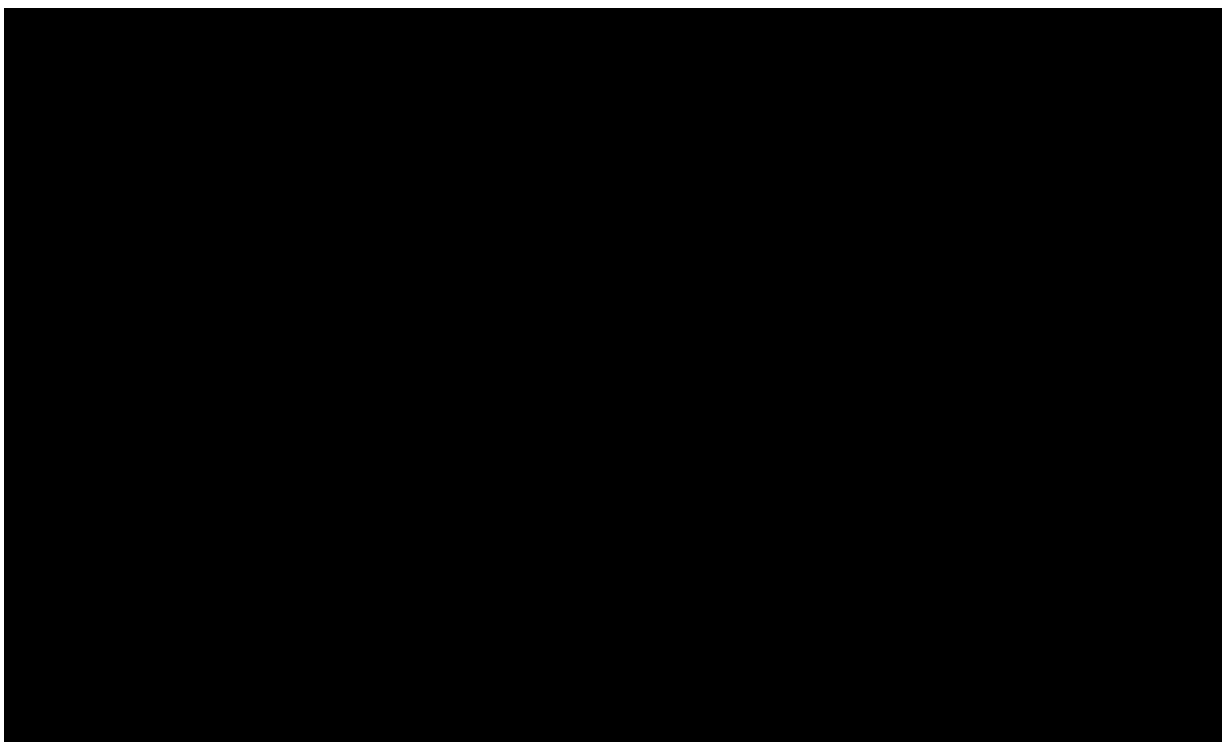
Rysunek 27.

Zestawienie wyników wielokierunkowej analizy wrażliwości – porównanie LEB vs BSC w populacji dorosłych z wynikiem $16 \leq \text{EASI} < 20$ w perspektywie wspólnej w wariancie bez RSS



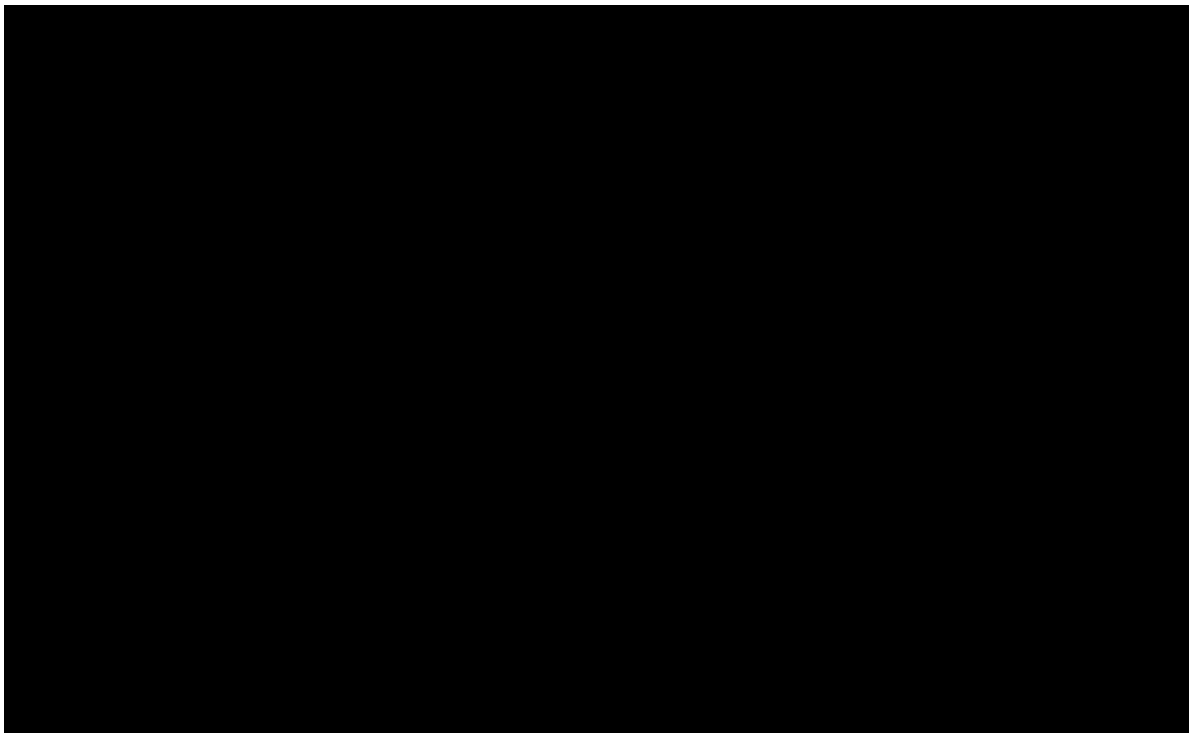
Rysunek 28.

Zestawienie wyników wielokierunkowej analizy wrażliwości – porównanie LEB vs BSC w populacji dzieci w wieku 12-17 lat z wynikiem $16 \leq \text{EASI} < 20$ w perspektywie wspólnej w wariancie bez RSS



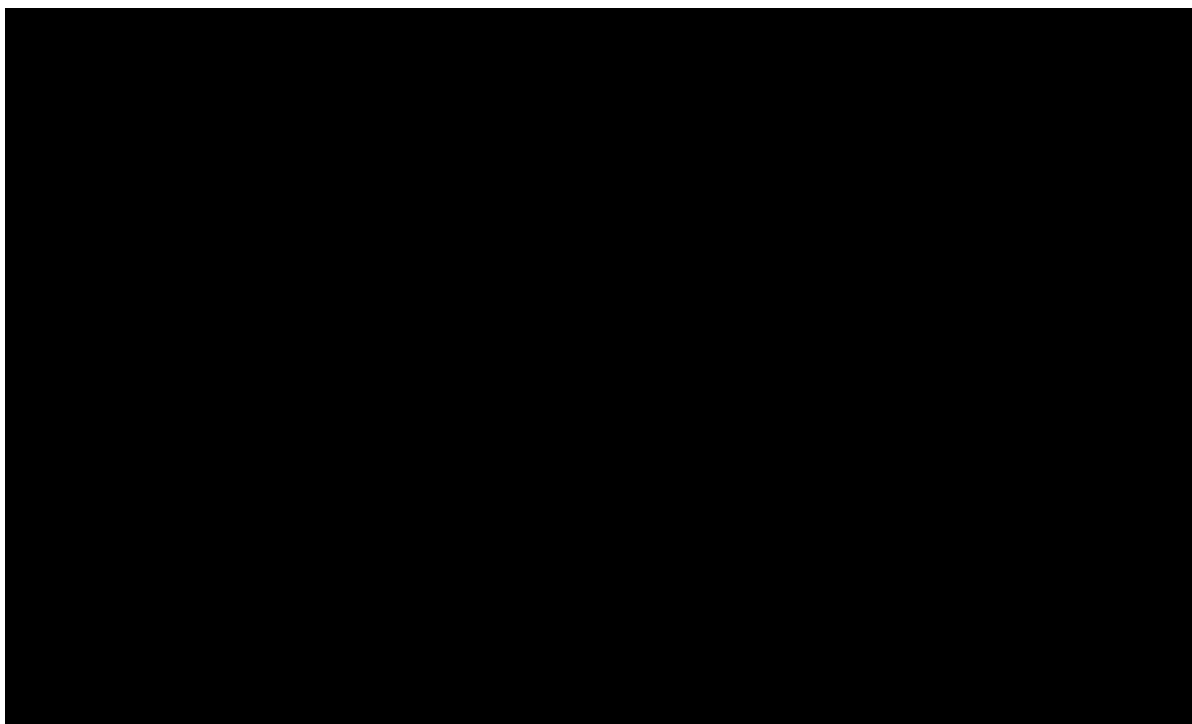
Rysunek 29.

Prawdopodobieństwo efektywności kosztowej dla porównania LEB vs [REDACTED] w populacji dorosłych z wynikiem EASI ≥ 20 w perspektywie płatnika publicznego w wariancie z RSS



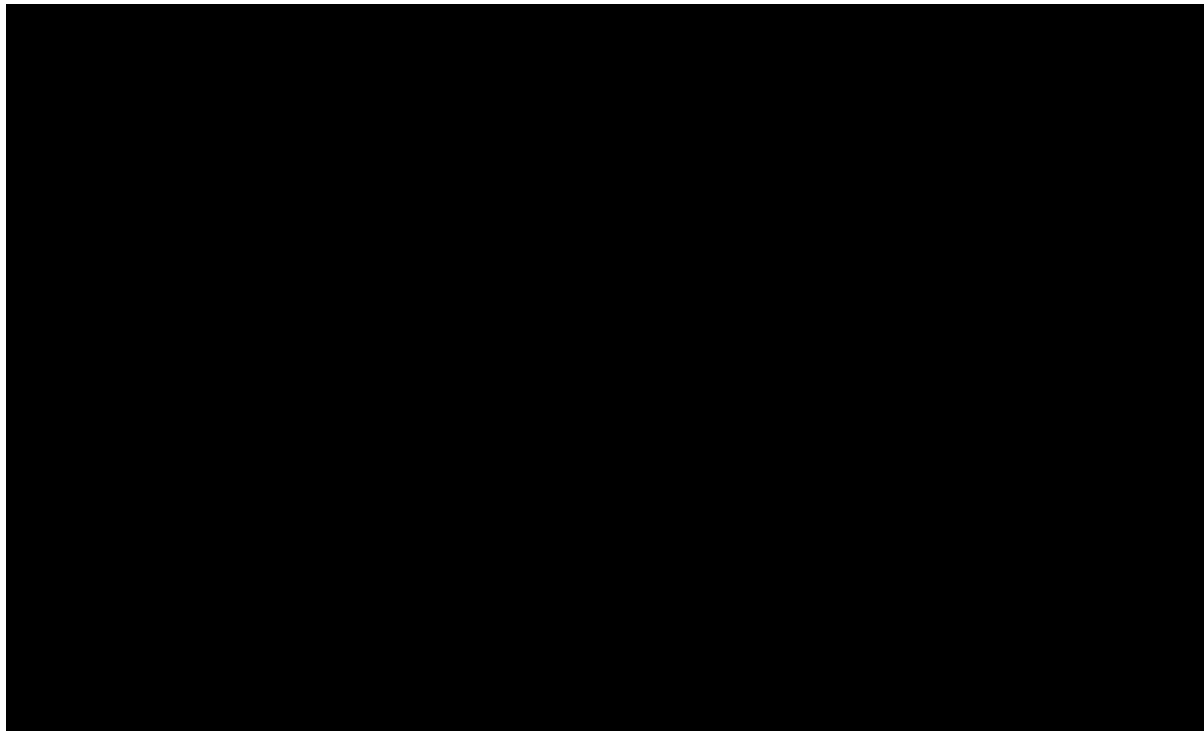
Rysunek 30.

Prawdopodobieństwo efektywności kosztowej dla porównania LEB vs [REDACTED] w populacji dorosłych z wynikiem EASI ≥ 20 w perspektywie płatnika publicznego w wariancie z RSS



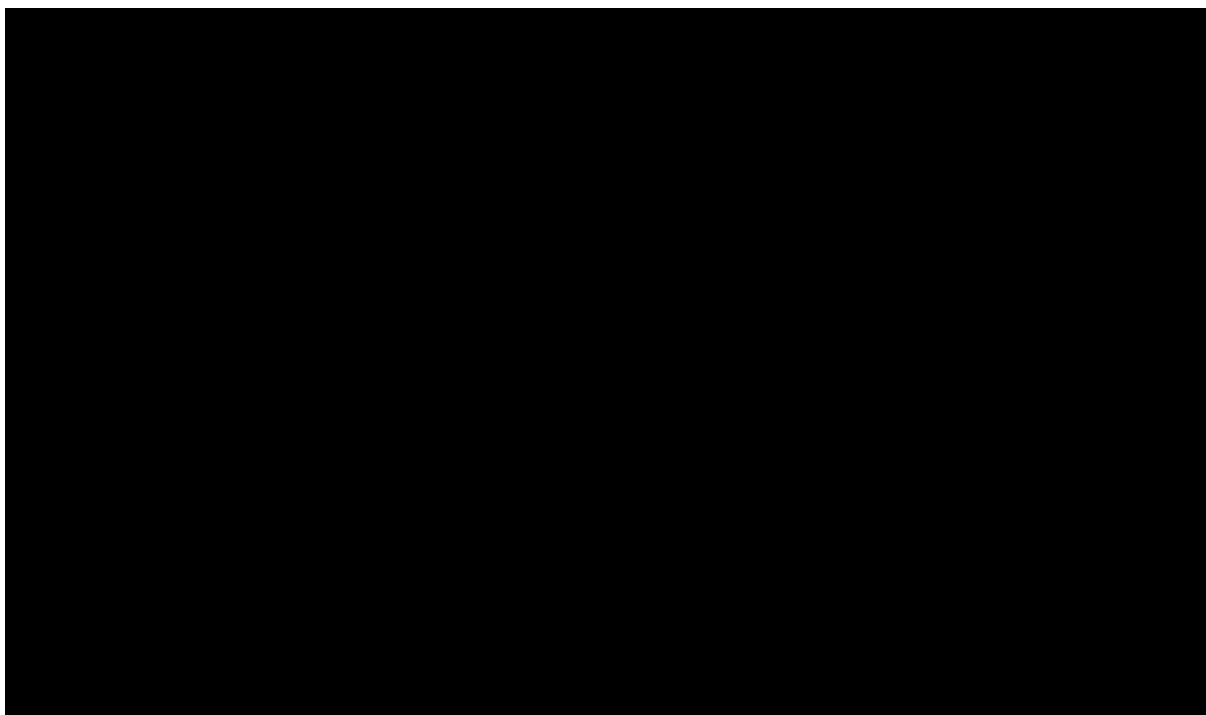
Rysunek 31.

Prawdopodobieństwo efektywności kosztowej dla porównania LEB vs [REDACTED] w populacji dorosłych z wynikiem EASI ≥ 20 w perspektywie płatnika publicznego w wariancie z RSS



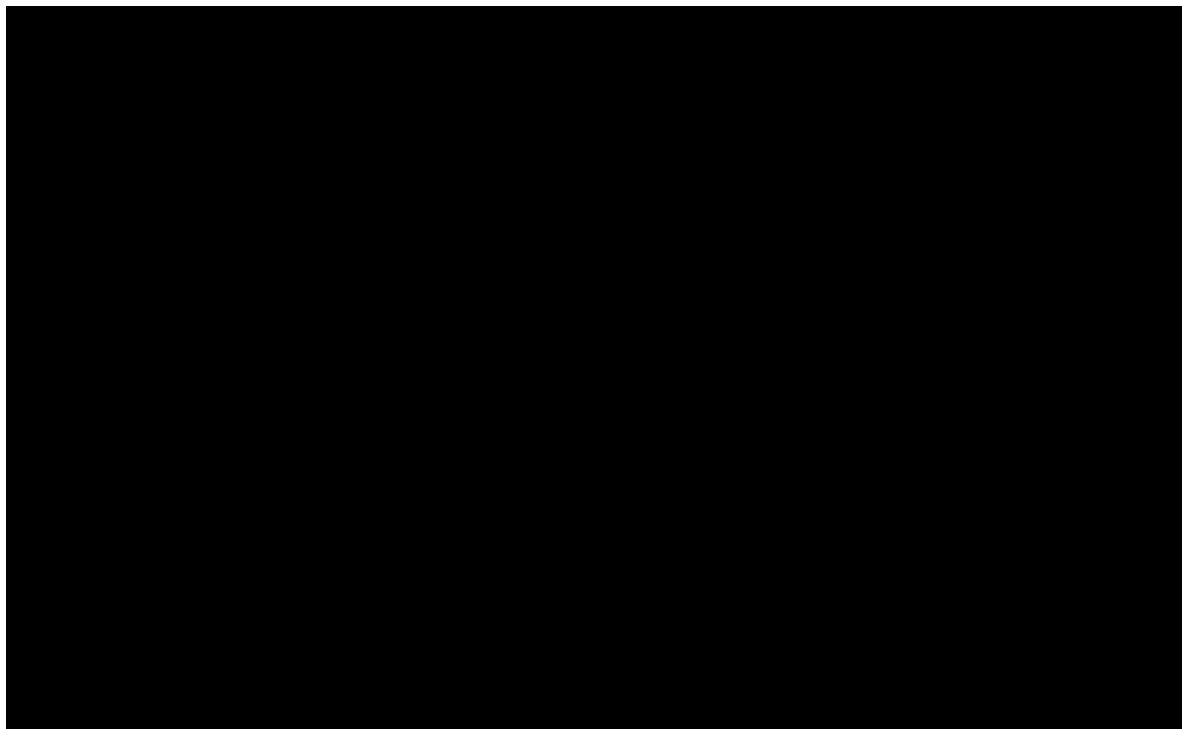
Rysunek 32.

Prawdopodobieństwo efektywności kosztowej dla porównania LEB vs [REDACTED] w populacji dzieci w wieku 12-17 lat z wynikiem EASI ≥ 20 w perspektywie płatnika publicznego w wariancie z RSS



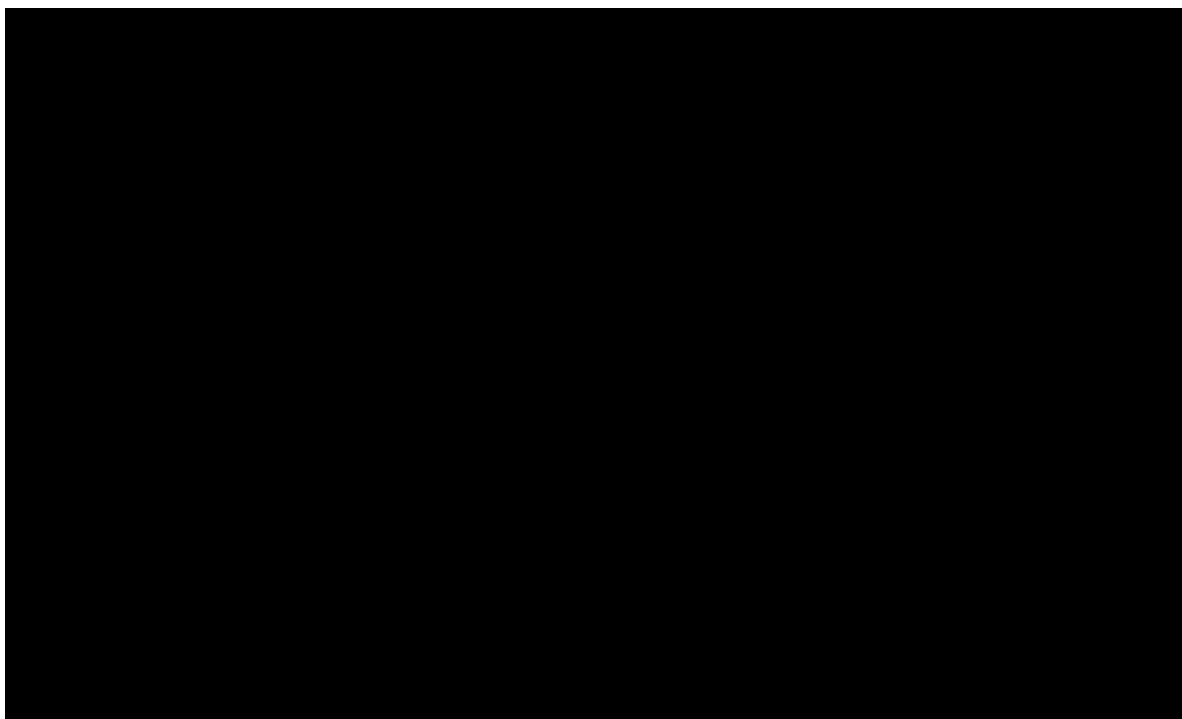
Rysunek 33.

Prawdopodobieństwo efektywności kosztowej dla porównania LEB vs BSC w populacji dorosłych z wynikiem $16 \leq \text{EASI} < 20$ w perspektywie płatnika publicznego w wariancie z RSS



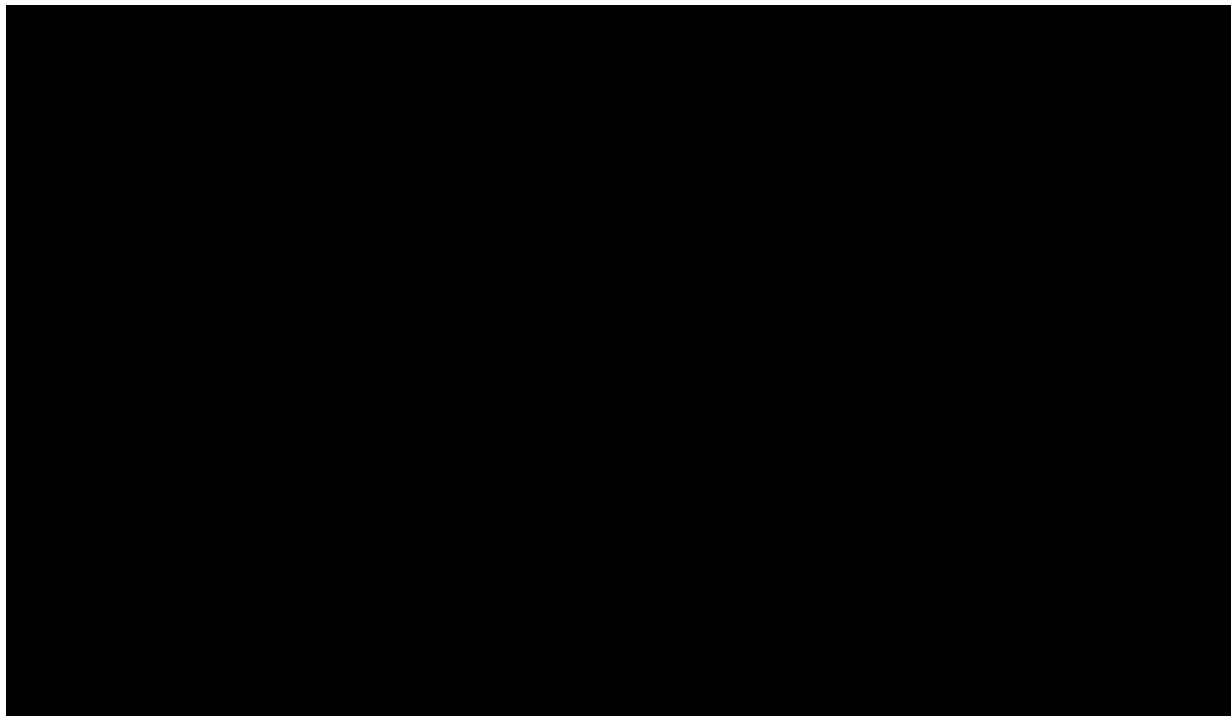
Rysunek 34.

Prawdopodobieństwo efektywności kosztowej dla porównania LEB vs BSC w populacji dzieci w wieku 12-17 lat z wynikiem $16 \leq \text{EASI} < 20$ w perspektywie płatnika publicznego w wariancie z RSS



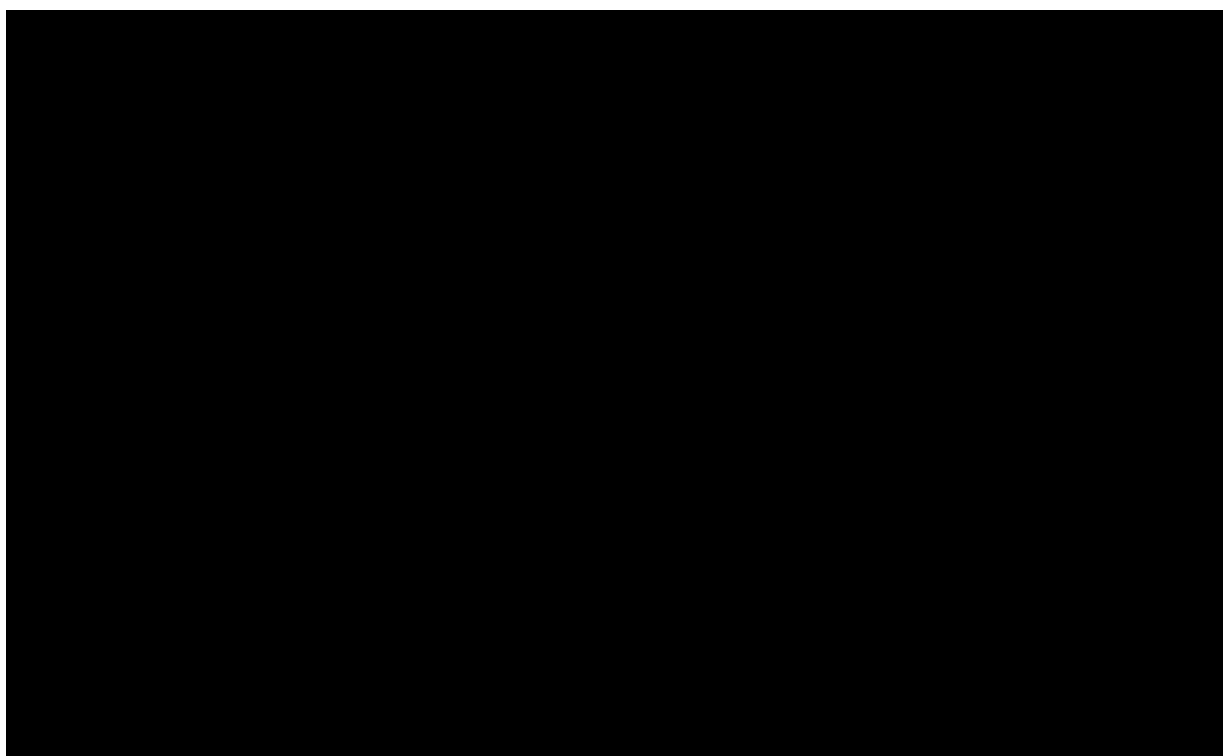
Rysunek 35.

Prawdopodobieństwo efektywności kosztowej dla porównania LEB vs [] w populacji dorosłych z wynikiem EASI ≥ 20 w perspektywie wspólnej w wariancie z RSS



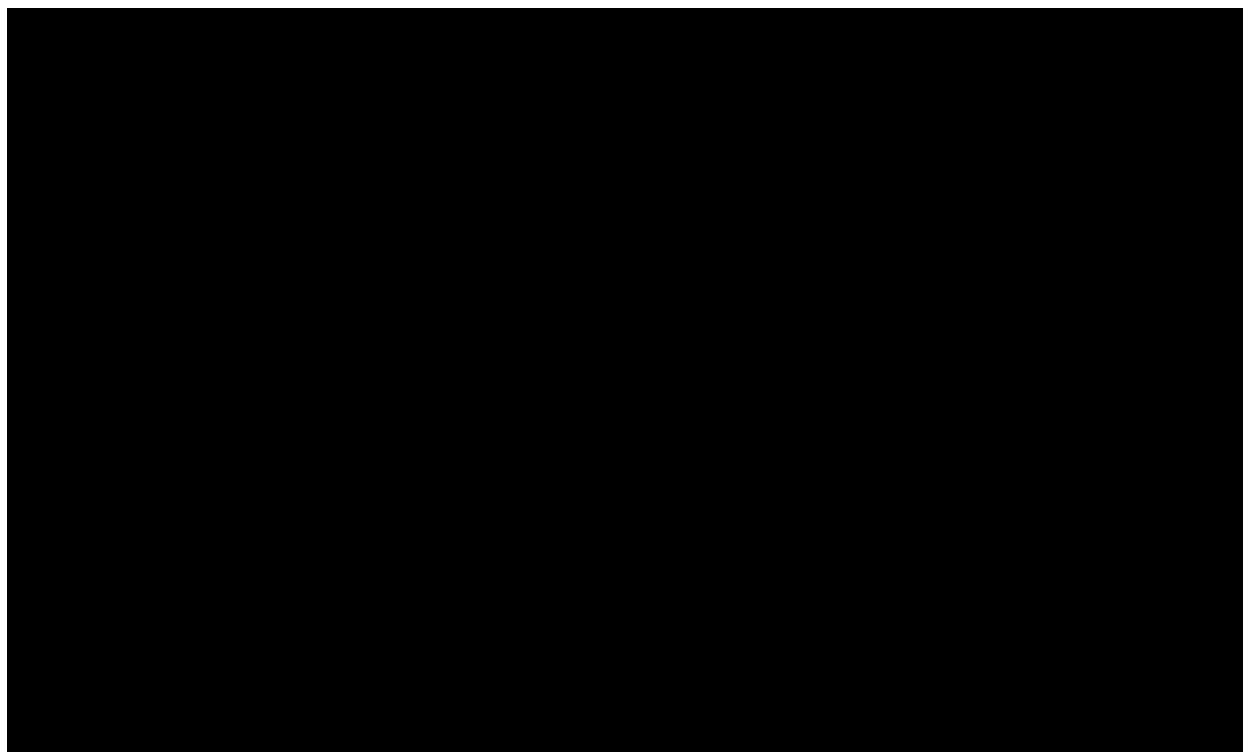
Rysunek 36.

Prawdopodobieństwo efektywności kosztowej dla porównania LEB vs [] w populacji dorosłych z wynikiem EASI ≥ 20 w perspektywie wspólnej w wariancie z RSS



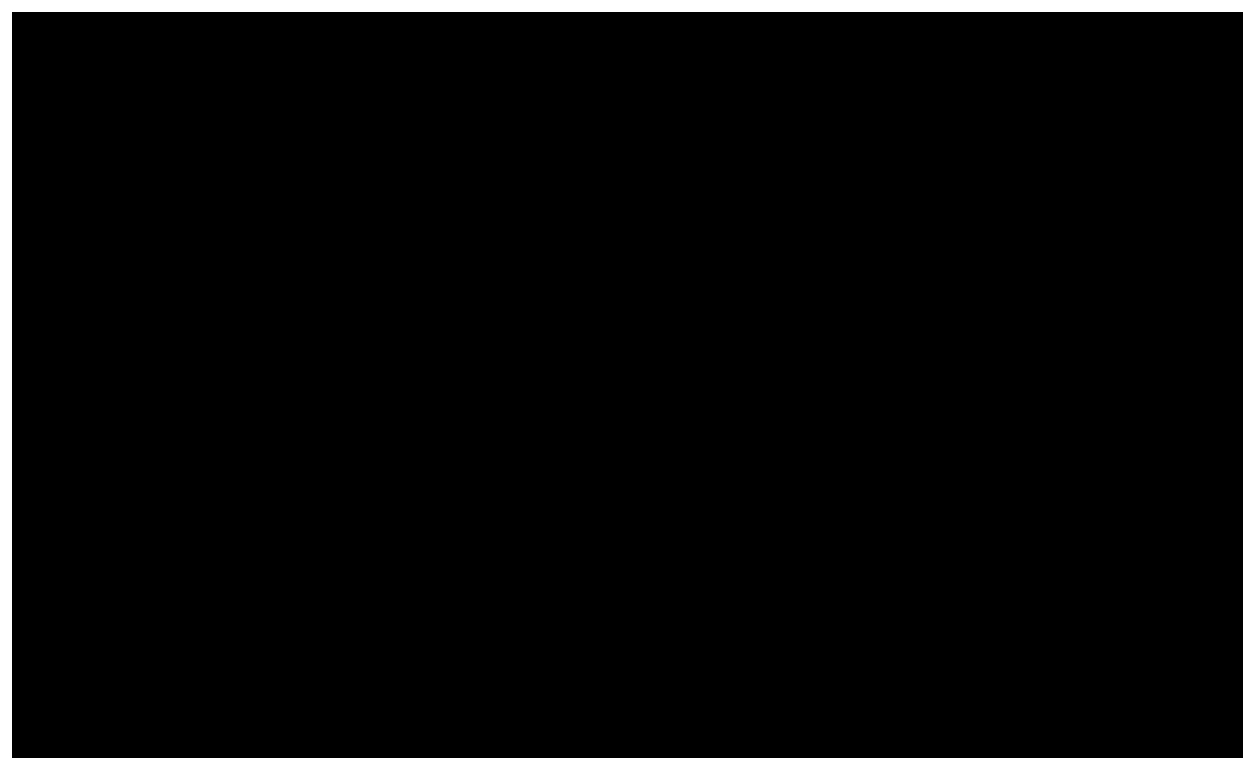
Rysunek 37.

Prawdopodobieństwo efektywności kosztowej dla porównania LEB vs [] w populacji dorosłych z wynikiem EASI ≥ 20 w perspektywie wspólnej w wariancie z RSS



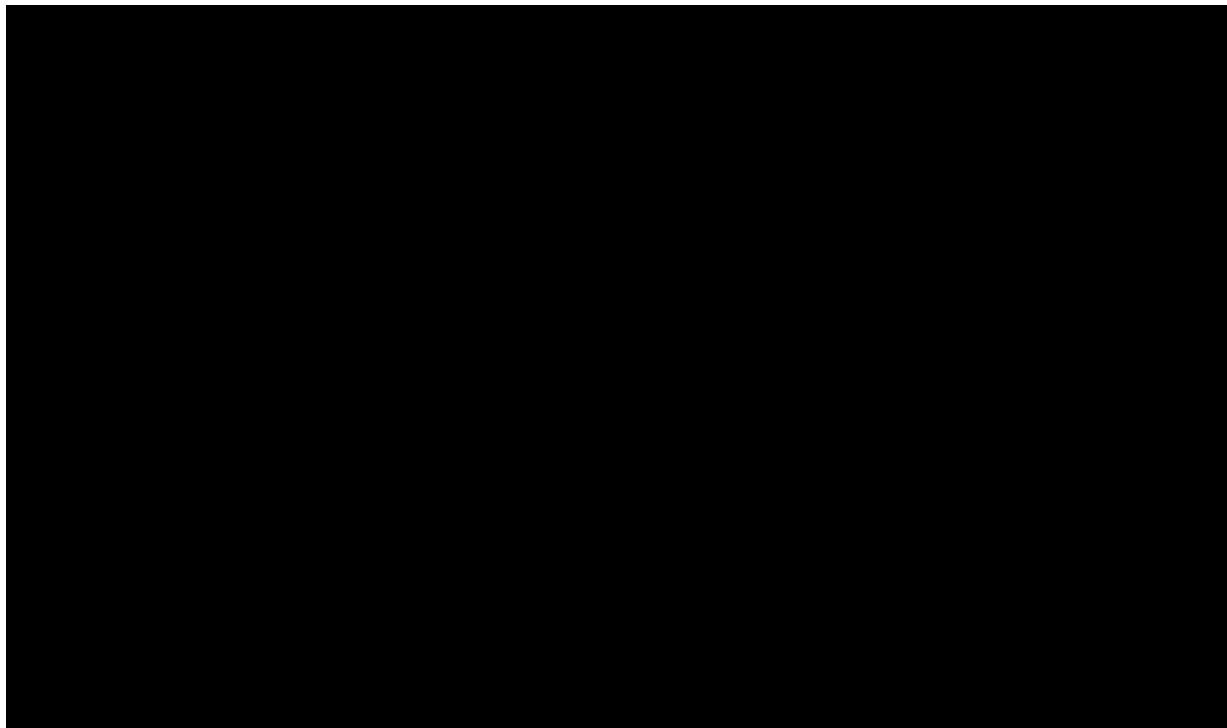
Rysunek 38.

Prawdopodobieństwo efektywności kosztowej dla porównania LEB vs [] w populacji dzieci w wieku 12-17 lat z wynikiem EASI ≥ 20 w perspektywie wspólnej w wariancie z RSS



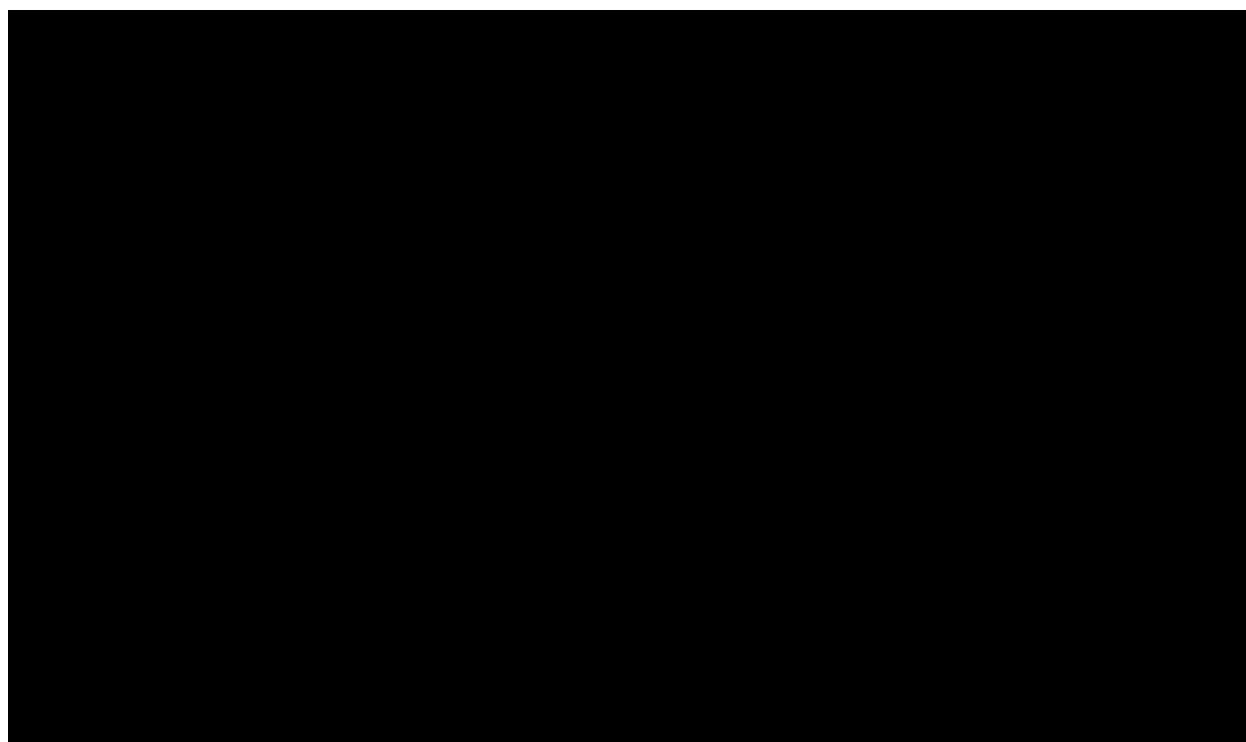
Rysunek 39.

Prawdopodobieństwo efektywności kosztowej dla porównania LEB vs BSC w populacji dorosłych z wynikiem $16 \leq \text{EASI} < 20$ w perspektywie wspólnej w wariancie z RSS



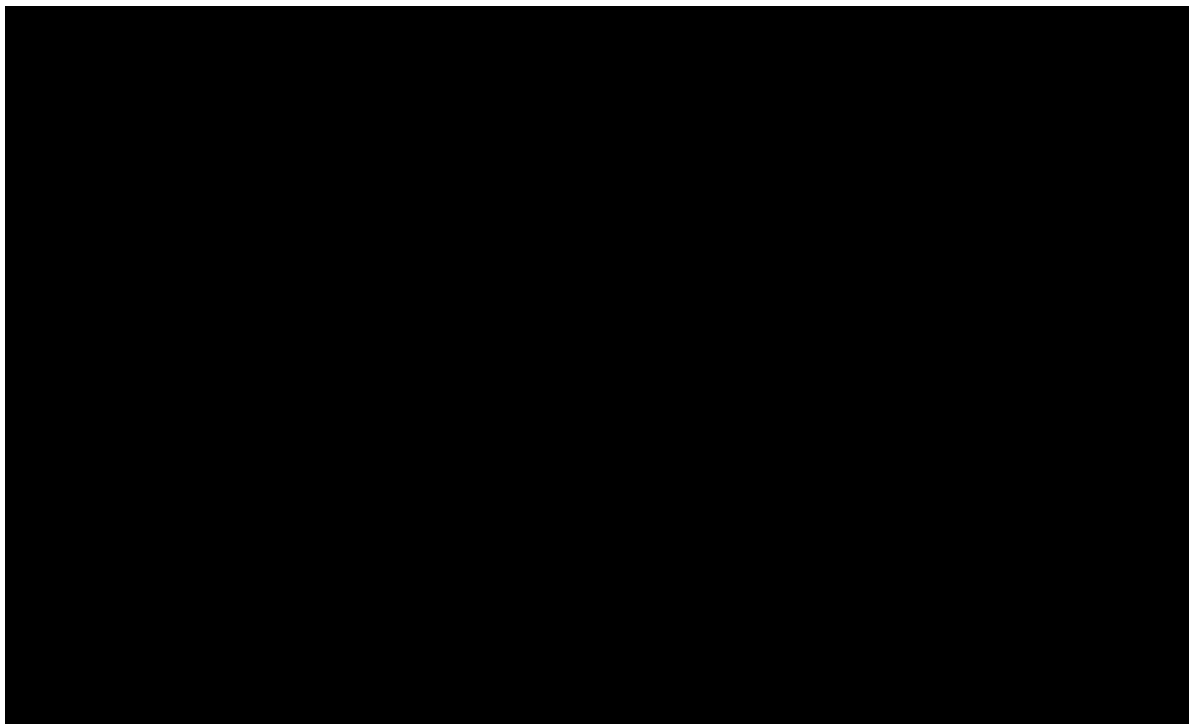
Rysunek 40.

Prawdopodobieństwo efektywności kosztowej dla porównania LEB vs BSC w populacji dzieci w wieku 12-17 lat z wynikiem $16 \leq \text{EASI} < 20$ w perspektywie wspólnej w wariancie z RSS



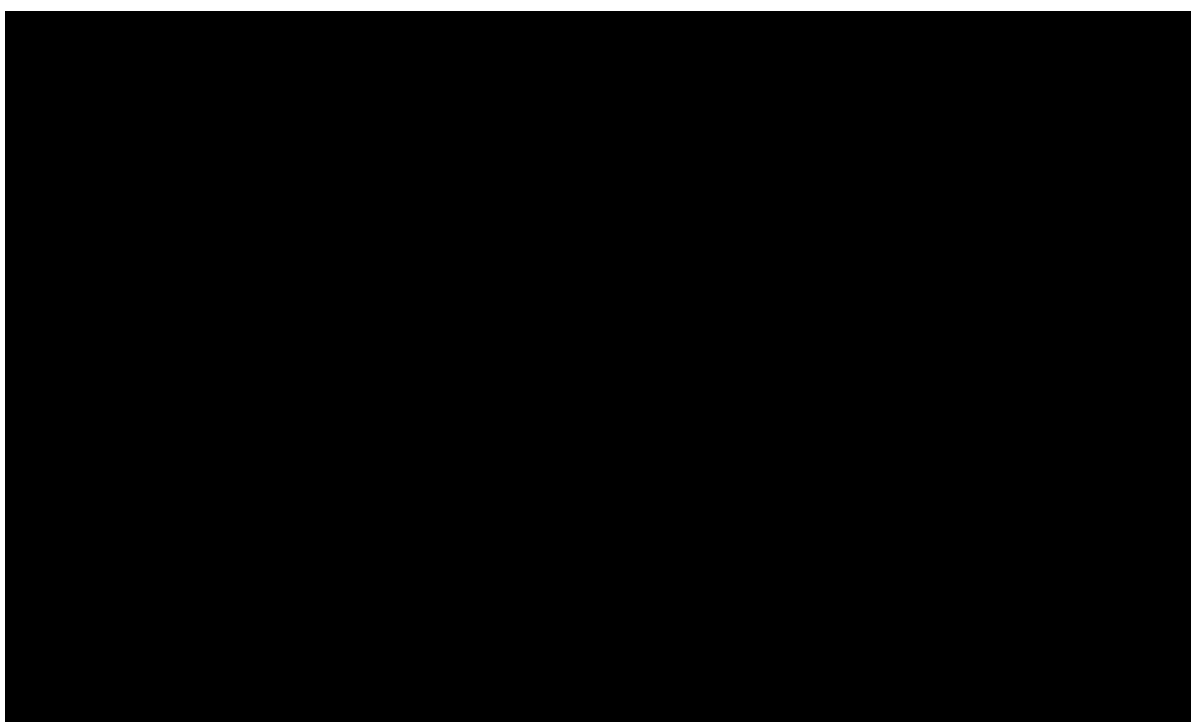
Rysunek 41.

Prawdopodobieństwo efektywności kosztowej dla porównania LEB vs  w populacji dorosłych z wynikiem EASI ≥ 20 w perspektywie płatnika publicznego w wariacie bez RSS



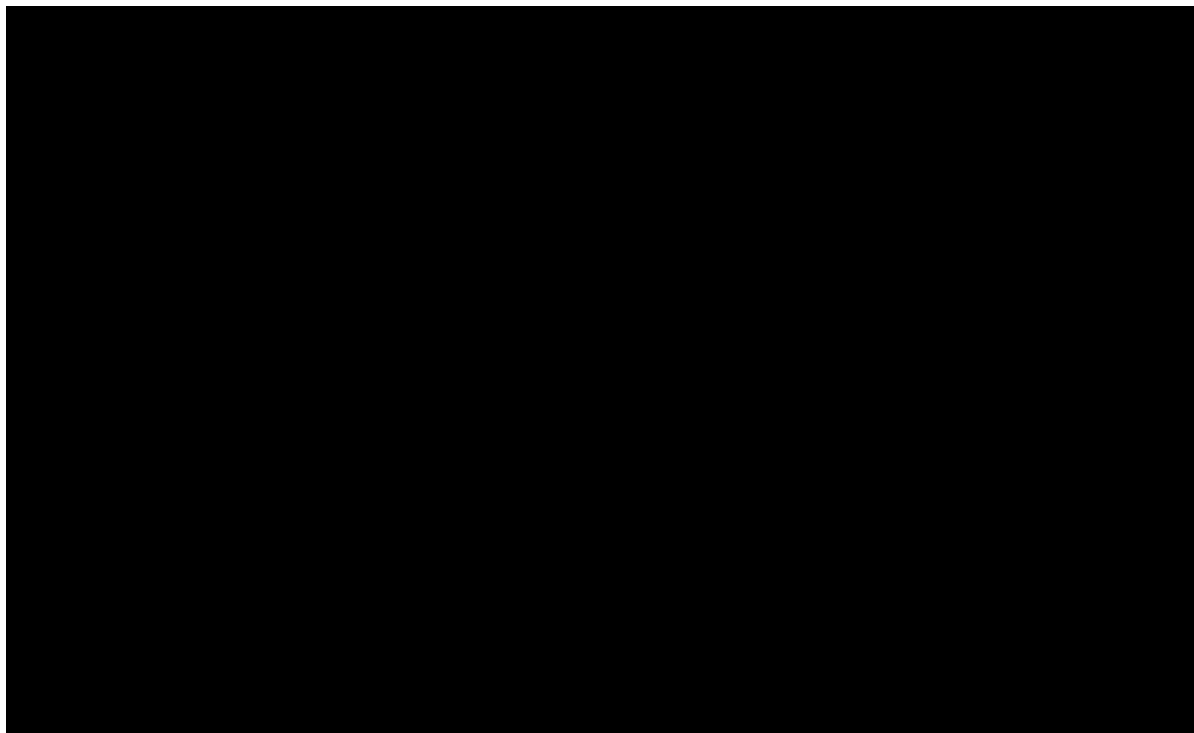
Rysunek 42.

Prawdopodobieństwo efektywności kosztowej dla porównania LEB vs  w populacji dorosłych z wynikiem EASI ≥ 20 w perspektywie płatnika publicznego w wariacie bez RSS




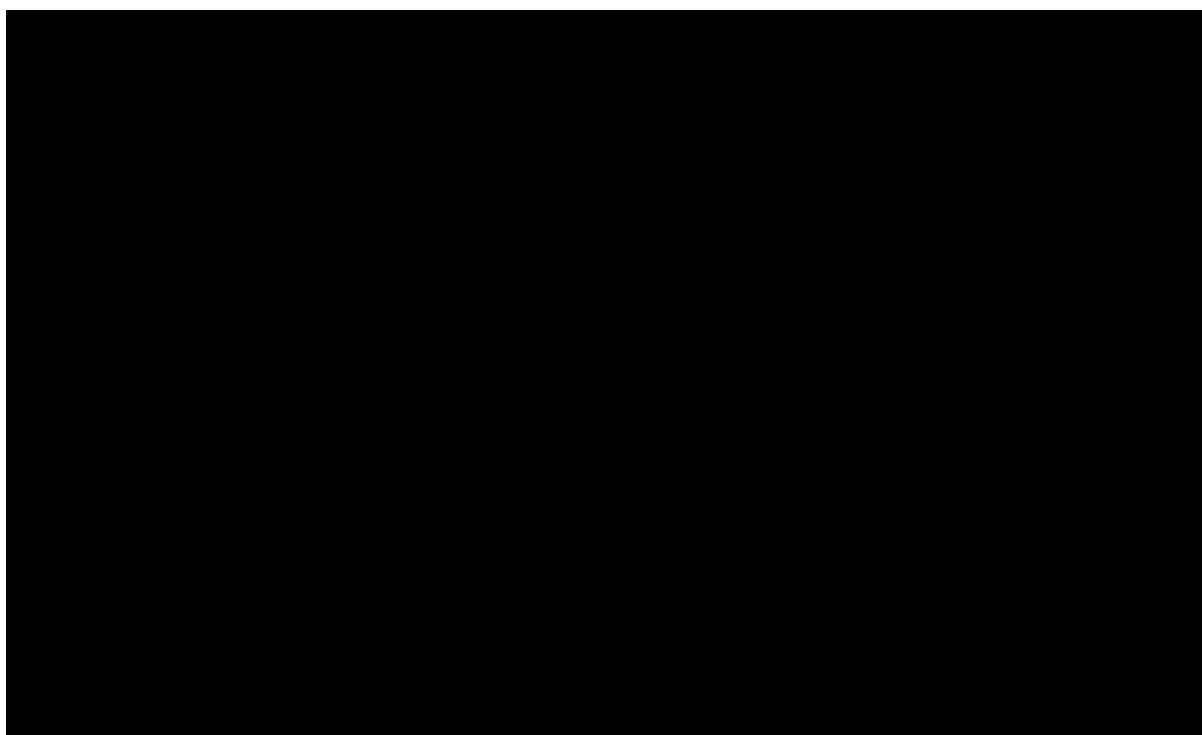
Rysunek 43.

Prawdopodobieństwo efektywności kosztowej dla porównania LEB vs  w populacji dorosłych z wynikiem EASI ≥ 20 w perspektywie płatnika publicznego w wariacie bez RSS



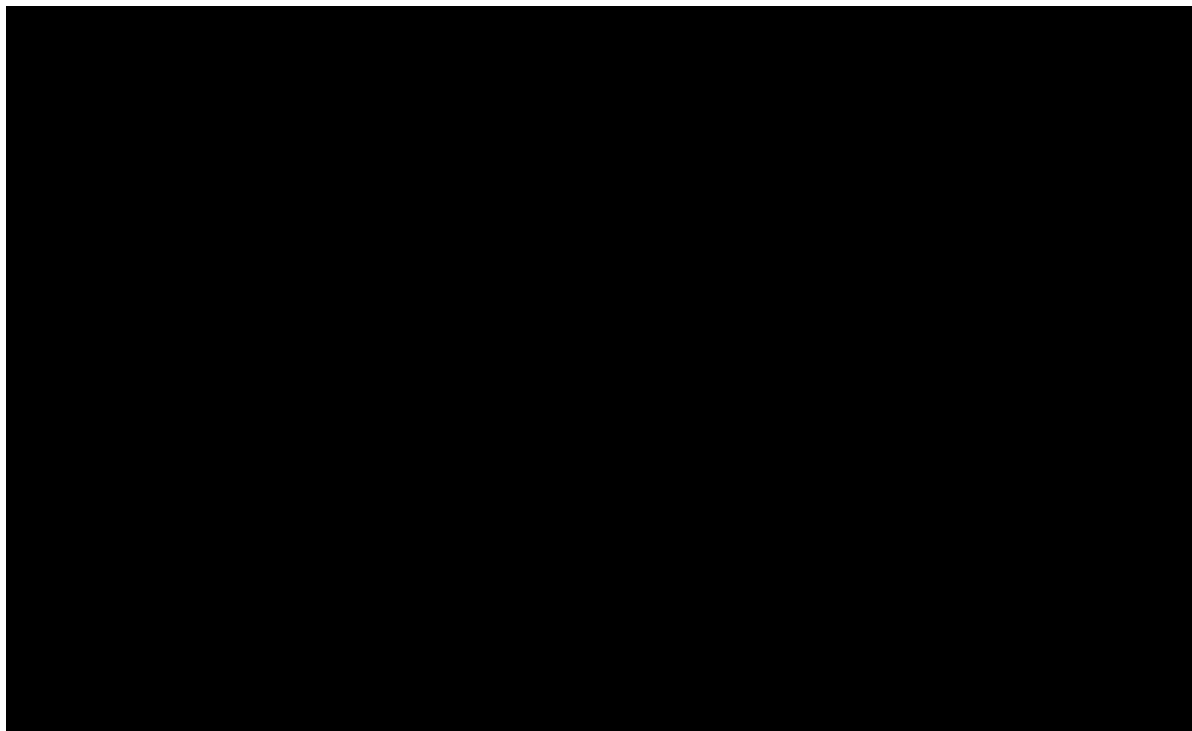
Rysunek 44.

Prawdopodobieństwo efektywności kosztowej dla porównania LEB vs  w populacji dzieci w wieku 12-17 lat z wynikiem EASI ≥ 20 w perspektywie płatnika publicznego w wariacie bez RSS



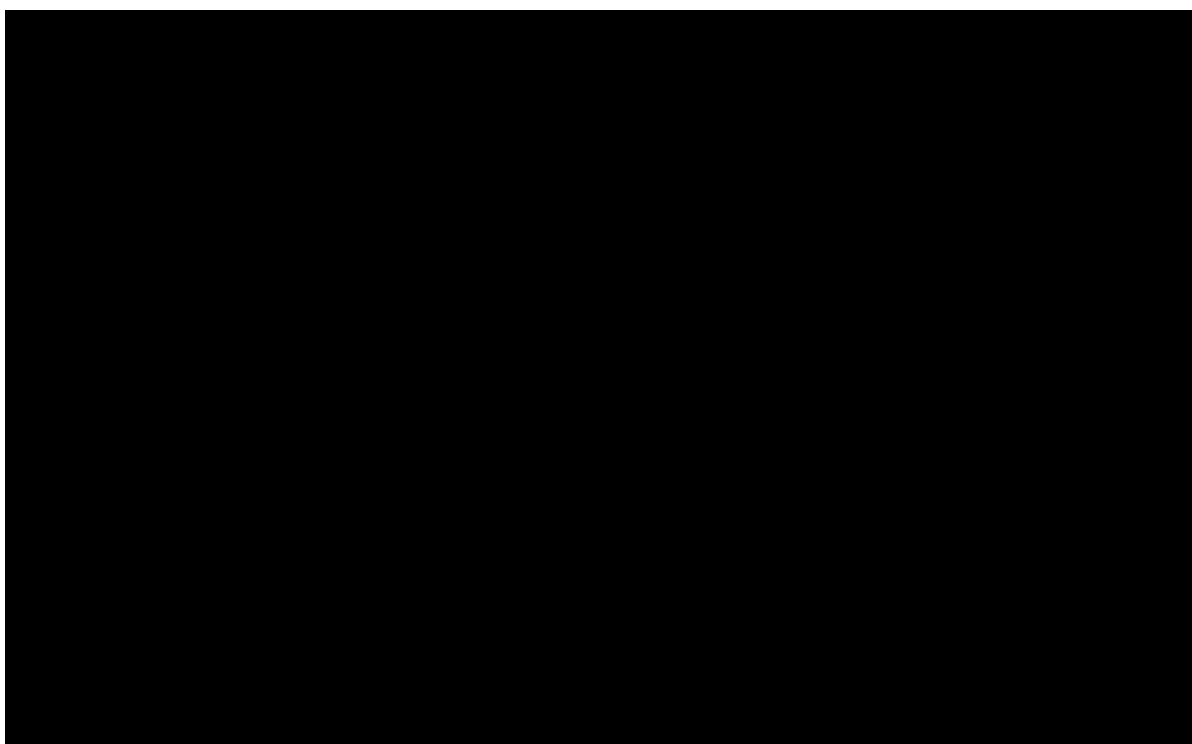
Rysunek 45.

Prawdopodobieństwo efektywności kosztowej dla porównania LEB vs BSC w populacji dorosłych z wynikiem $16 \leq \text{EASI} < 20$ w perspektywie płatnika publicznego w wariancie bez RSS



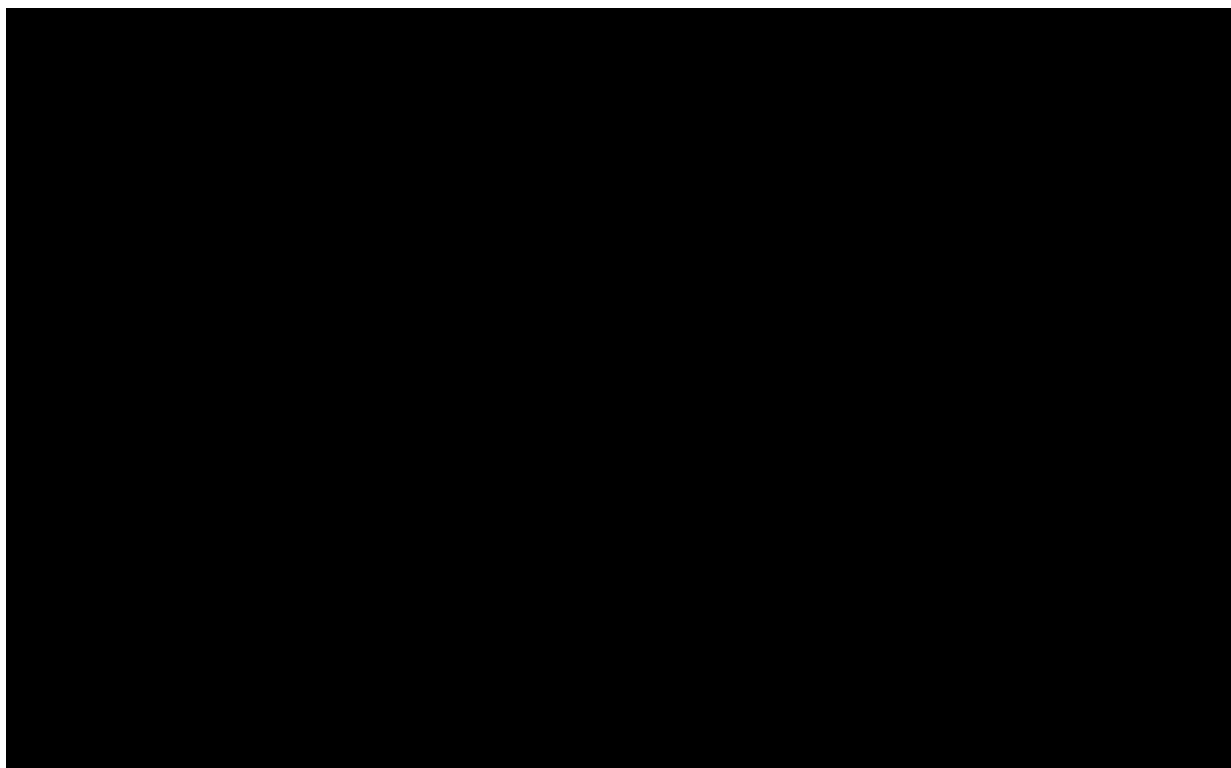
Rysunek 46.

Prawdopodobieństwo efektywności kosztowej dla porównania LEB vs BSC w populacji dzieci w wieku 12-17 lat z wynikiem $16 \leq \text{EASI} < 20$ w perspektywie płatnika publicznego w wariancie bez RSS



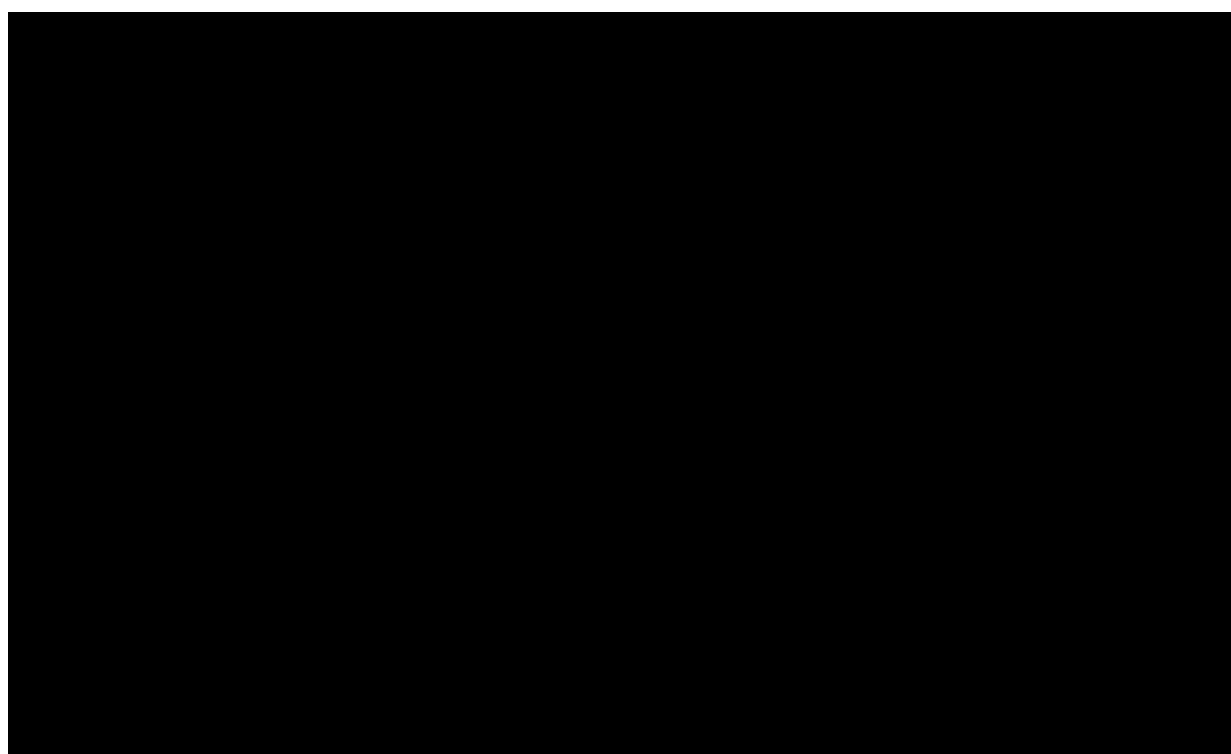
Rysunek 47.

Prawdopodobieństwo efektywności kosztowej dla porównania LEB vs  w populacji dorosłych z wynikiem EASI ≥ 20 w perspektywie wspólnej w wariancie bez RSS



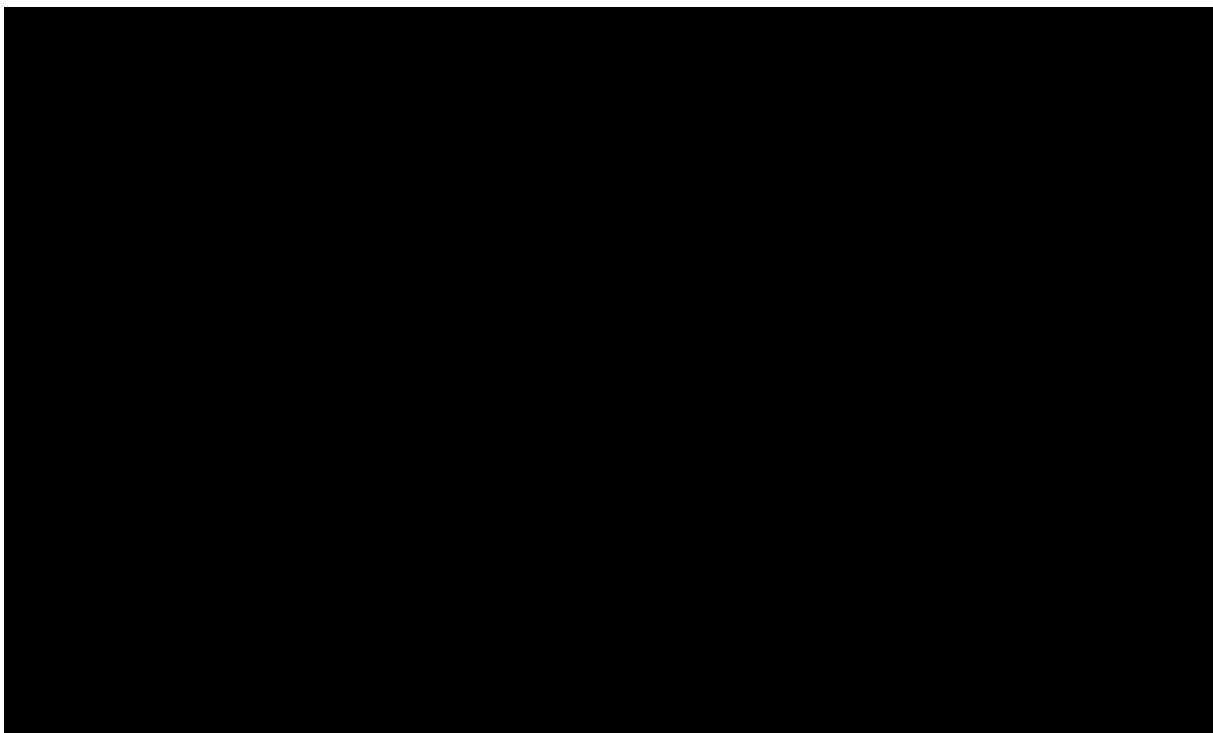
Rysunek 48.

Prawdopodobieństwo efektywności kosztowej dla porównania LEB vs  w populacji dorosłych z wynikiem EASI ≥ 20 w perspektywie wspólnej w wariancie bez RSS




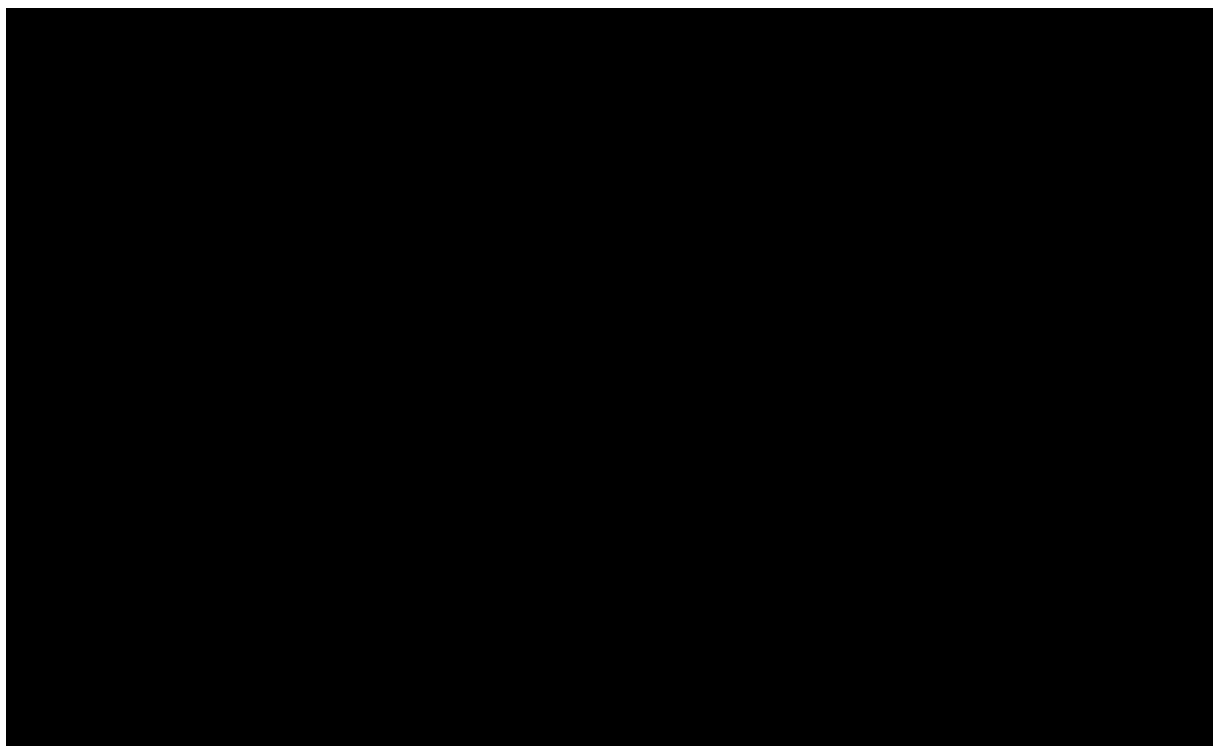
Rysunek 49.

Prawdopodobieństwo efektywności kosztowej dla porównania LEB vs  w populacji dorosłych z wynikiem EASI ≥ 20 w perspektywie wspólnej w wariancie bez RSS



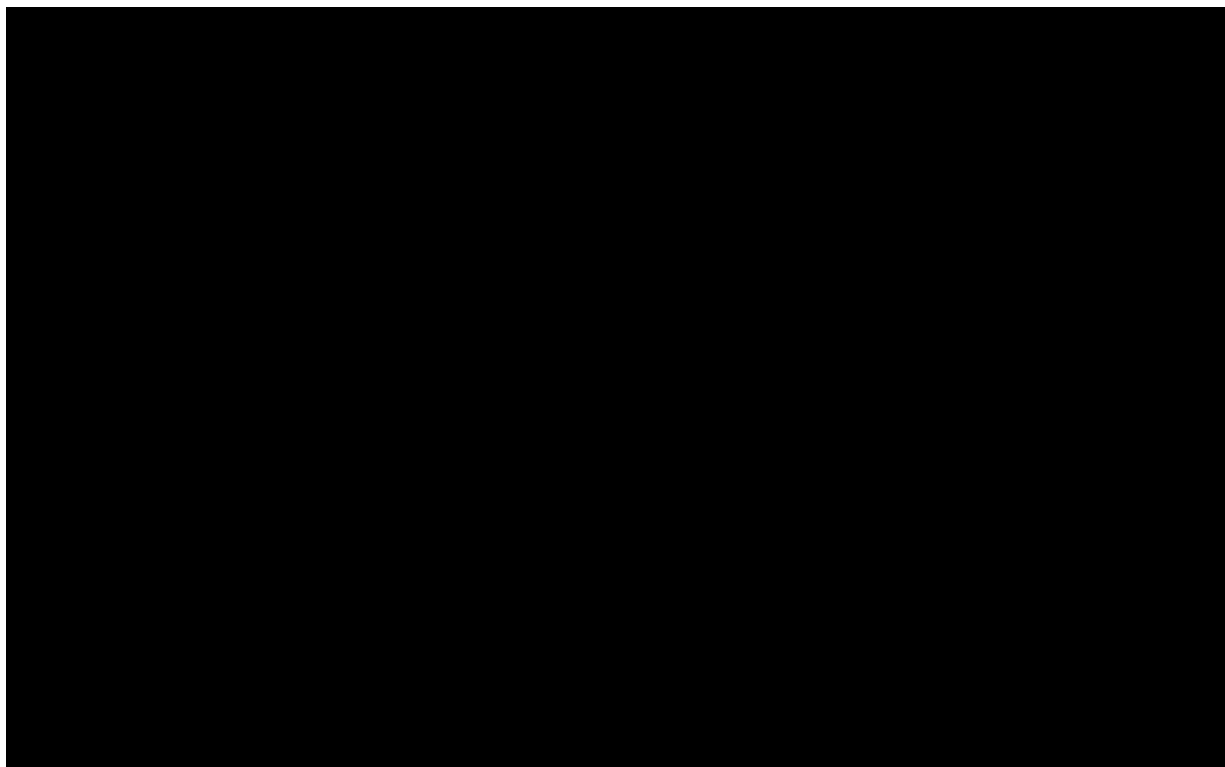
Rysunek 50.

Prawdopodobieństwo efektywności kosztowej dla porównania LEB vs  w populacji dzieci w wieku 12-17 lat z wynikiem EASI ≥ 20 w perspektywie wspólnej w wariancie bez RSS



Rysunek 51.

Prawdopodobieństwo efektywności kosztowej dla porównania LEB vs BSC w populacji dorosłych z wynikiem $16 \leq \text{EASI} < 20$ w perspektywie wspólnej w wariancie bez RSS



Rysunek 52.

Prawdopodobieństwo efektywności kosztowej dla porównania LEB vs BSC w populacji dzieci w wieku 12-17 lat z wynikiem $16 \leq \text{EASI} < 20$ w perspektywie wspólnej w wariancie bez RSS

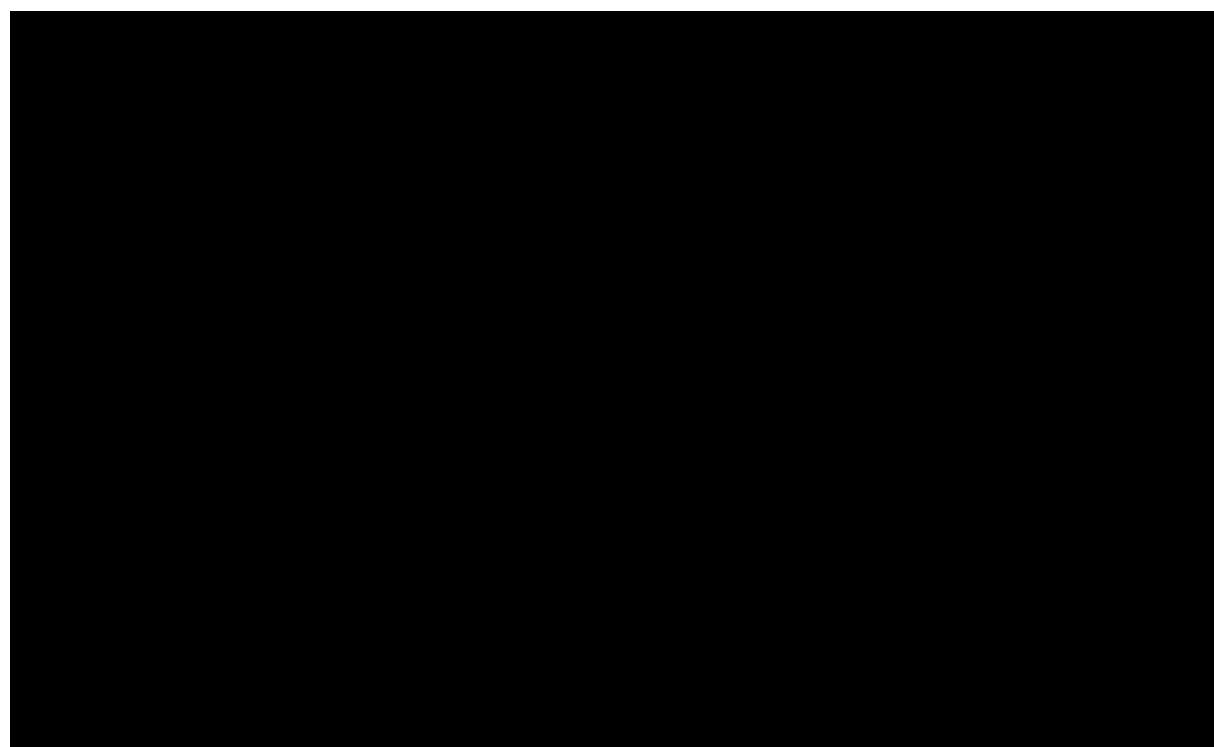


Tabela 16. Dane wejściowe do modelu i przyjęte założenia	57
Tabela 17. Scenariusze analizy podstawowej i analizy wrażliwości	66
Tabela 18. Wyniki analizy CMA w perspektywie płatnika publicznego z uwzględnieniem RSS	70
Tabela 19. Wyniki analizy CMA w perspektywie wspólnej z uwzględnieniem RSS	71
Tabela 20. Wyniki analizy CMA w perspektywie płatnika publicznego bez uwzględnienia RSS	72
Tabela 21. Wyniki analizy CMA w perspektywie wspólnej bez uwzględnienia RSS	73
Tabela 22. Wyniki analizy CUA w perspektywie płatnika publicznego z uwzględnieniem RSS	74
Tabela 23. Wyniki analizy CUA w perspektywie wspólnej z uwzględnieniem RSS	75
Tabela 24. Wyniki analizy CUA w perspektywie płatnika publicznego bez uwzględnienia RSS	76
Tabela 25. Wyniki analizy CUA w perspektywie wspólnej bez uwzględnienia RSS	77
Tabela 26. Współczynniki kosztów użyteczności uzyskane dla technologii dotychczas refundowanych – populacja dorosłych z wynikiem EASI ≥ 20	78
Tabela 27. Współczynniki kosztów użyteczności uzyskane dla technologii dotychczas refundowanych – populacja dzieci w wieku 12-17 lat z wynikiem EASI ≥ 20 ..	79
Tabela 28. Wyniki analizy CUR – populacja dorosłych z wynikiem EASI ≥ 20	79
Tabela 29. Wyniki analizy CUR – populacja dzieci w wieku 12-17 lat z wynikiem EASI \geq 20	80
Tabela 30. Parametry rozkładów dla zmiennych uwzględnianych w wielokierunkowej analizie wrażliwości	85
Tabela 31. Porównanie wartości z analizy podstawowej z wynikami uzyskanymi w wielokierunkowej analizie wrażliwości – perspektywa płatnika publicznego z uwzględnieniem RSS	88

Tabela 32. Porównanie wartości z analizy podstawowej z wynikami uzyskanymi w wielokierunkowej analizie wrażliwości – perspektywa wspólna z uwzględnieniem RSS.....	89
Tabela 33. Porównanie wartości z analizy podstawowej z wynikami uzyskanymi w wielokierunkowej analizie wrażliwości – perspektywa płatnika publicznego bez uwzględnienia RSS.....	90
Tabela 34. Porównanie wartości z analizy podstawowej z wynikami uzyskanymi w wielokierunkowej analizie wrażliwości – perspektywa wspólna bez uwzględnienia RSS.....	91
Tabela 35. Wyniki walidacji wewnętrznej.....	94
Tabela 36. Strategia wyszukiwania zastosowana w bazie Medline wraz z liczbą trafień odnalezionych dla poszczególnych zapytań użyta w celu odnalezienia badań do oceny jakości życia chorych.....	104
Tabela 37. Średnia użyteczność w skali EQ-5D według stopnia nasilenia AZS	106
Tabela 38. Użyteczności w skali EQ-5D wg kryteriów odpowiedzi EASI z publikacji <i>Zimmermann 2018</i> oraz <i>Johansson 2023</i>	107
Tabela 39. Strategia wyszukiwania zastosowana w bazie Medline oraz Cochrane wraz z liczbą trafień odnalezionych dla poszczególnych zapytań użyta w celu odnalezienia innych analiz ekonomicznych.....	109
Tabela 40. Słowa kluczowe zastosowane w bazie NICE wraz z liczbą trafień odnalezionych dla poszczególnych zapytań użyte w celu odnalezienia innych analiz ekonomicznych	109
Tabela 41. Check-lista zgodności analizy z minimalnymi wymaganiami przedstawionymi w <i>Rozporządzeniu MZ w sprawie minimalnych wymagań</i>	113
Tabela 42. Wyniki jednokierunkowej analizy wrażliwości oraz analizy scenariuszy – porównanie LEB vs █████ w populacji dorosłych z wynikiem EASI ≥ 20 w perspektywie płatnika publicznego w wariancie z RSS	116

-
- Tabela 43. Wyniki jednokierunkowej analizy wrażliwości oraz analizy scenariuszy – porównanie LEB vs █████ w populacji dorosłych z wynikiem EASI ≥ 20 w perspektywie płatnika publicznego w wariancie z RSS120
- Tabela 44. Wyniki jednokierunkowej analizy wrażliwości oraz analizy scenariuszy – porównanie LEB vs █████ w populacji dorosłych z wynikiem EASI ≥ 20 w perspektywie płatnika publicznego w wariancie z RSS124
- Tabela 45. Wyniki jednokierunkowej analizy wrażliwości oraz analizy scenariuszy – porównanie LEB vs █████ w populacji dorosłych z wynikiem EASI ≥ 20 w perspektywie płatnika publicznego w wariancie z RSS128
- Tabela 46. Wyniki jednokierunkowej analizy wrażliwości oraz analizy scenariuszy – porównanie LEB vs █████ w populacji dorosłych z wynikiem EASI ≥ 20 w perspektywie płatnika publicznego w wariancie z RSS132
- Tabela 47. Wyniki jednokierunkowej analizy wrażliwości oraz analizy scenariuszy – porównanie LEB vs █████ w populacji dzieci w wieku 12-17 lat z wynikiem EASI ≥ 20 w perspektywie płatnika publicznego w wariancie z RSS.....136
- Tabela 48. Wyniki jednokierunkowej analizy wrażliwości oraz analizy scenariuszy – porównanie LEB vs █████ w populacji dzieci w wieku 12-17 lat z wynikiem EASI ≥ 20 w perspektywie płatnika publicznego w wariancie z RSS.....140
- Tabela 49. Wyniki jednokierunkowej analizy wrażliwości oraz analizy scenariuszy – porównanie LEB vs █████ w populacji dzieci w wieku 12-17 lat z wynikiem EASI ≥ 20 w perspektywie płatnika publicznego w wariancie z RSS.....144
- Tabela 50. Wyniki jednokierunkowej analizy wrażliwości oraz analizy scenariuszy – porównanie LEB vs BSC w populacji dorosłych z wynikiem $16 \leq \text{EASI} < 20$ w perspektywie płatnika publicznego w wariancie z RSS.....148
- Tabela 51. Wyniki jednokierunkowej analizy wrażliwości oraz analizy scenariuszy – porównanie LEB vs BSC w populacji dzieci w wieku 12-17 lat z wynikiem $16 \leq \text{EASI} < 20$ w perspektywie płatnika publicznego w wariancie z RSS....152
-

Tabela 52.	Wyniki jednokierunkowej analizy wrażliwości oraz analizy scenariuszy – porównanie LEB vs █████ w populacji dorosłych z wynikiem EASI ≥ 20 w perspektywie wspólnej w wariancie z RSS	156
Tabela 53.	Wyniki jednokierunkowej analizy wrażliwości oraz analizy scenariuszy – porównanie LEB vs █████ w populacji dorosłych z wynikiem EASI ≥ 20 w perspektywie wspólnej w wariancie z RSS	160
Tabela 54.	Wyniki jednokierunkowej analizy wrażliwości oraz analizy scenariuszy – porównanie LEB vs █████ w populacji dorosłych z wynikiem EASI ≥ 20 w perspektywie wspólnej w wariancie z RSS	164
Tabela 55.	Wyniki jednokierunkowej analizy wrażliwości oraz analizy scenariuszy – porównanie LEB vs █████ w populacji dorosłych z wynikiem EASI ≥ 20 w perspektywie wspólnej w wariancie z RSS	168
Tabela 56.	Wyniki jednokierunkowej analizy wrażliwości oraz analizy scenariuszy – porównanie LEB vs █████ w populacji dorosłych z wynikiem EASI ≥ 20 w perspektywie wspólnej w wariancie z RSS	172
Tabela 57.	Wyniki jednokierunkowej analizy wrażliwości oraz analizy scenariuszy – porównanie LEB vs █████ w populacji dzieci w wieku 12-17 lat z wynikiem EASI ≥ 20 w perspektywie wspólnej w wariancie z RSS	176
Tabela 58.	Wyniki jednokierunkowej analizy wrażliwości oraz analizy scenariuszy – porównanie LEB vs █████ w populacji dzieci w wieku 12-17 lat z wynikiem EASI ≥ 20 w perspektywie wspólnej w wariancie z RSS	180
Tabela 59.	Wyniki jednokierunkowej analizy wrażliwości oraz analizy scenariuszy – porównanie LEB vs █████ w populacji dzieci w wieku 12-17 lat z wynikiem EASI ≥ 20 w perspektywie wspólnej w wariancie z RSS	184
Tabela 60.	Wyniki jednokierunkowej analizy wrażliwości oraz analizy scenariuszy – porównanie LEB vs BSC w populacji dorosłych z wynikiem $16 \leq \text{EASI} < 20$ w perspektywie wspólnej w wariancie z RSS	188

Tabela 61.	Wyniki jednokierunkowej analizy wrażliwości oraz analizy scenariuszy – porównanie LEB vs BSC w populacji dzieci w wieku 12-17 lat z wynikiem $16 \leq \text{EASI} < 20$ w perspektywie wspólnej w wariancie z RSS	192
Tabela 62.	Wyniki jednokierunkowej analizy wrażliwości oraz analizy scenariuszy – porównanie LEB vs █████ w populacji dorosłych z wynikiem $\text{EASI} \geq 20$ w perspektywie płatnika publicznego w wariancie bez RSS	196
Tabela 63.	Wyniki jednokierunkowej analizy wrażliwości oraz analizy scenariuszy – porównanie LEB vs █████ w populacji dorosłych z wynikiem $\text{EASI} \geq 20$ w perspektywie płatnika publicznego w wariancie bez RSS	200
Tabela 64.	Wyniki jednokierunkowej analizy wrażliwości oraz analizy scenariuszy – porównanie LEB vs █████ w populacji dorosłych z wynikiem $\text{EASI} \geq 20$ w perspektywie płatnika publicznego w wariancie bez RSS	204
Tabela 65.	Wyniki jednokierunkowej analizy wrażliwości oraz analizy scenariuszy – porównanie LEB vs █████ w populacji dorosłych z wynikiem $\text{EASI} \geq 20$ w perspektywie płatnika publicznego w wariancie bez RSS	208
Tabela 66.	Wyniki jednokierunkowej analizy wrażliwości oraz analizy scenariuszy – porównanie LEB vs █████ w populacji dorosłych z wynikiem $\text{EASI} \geq 20$ w perspektywie płatnika publicznego w wariancie bez RSS	212
Tabela 67.	Wyniki jednokierunkowej analizy wrażliwości oraz analizy scenariuszy – porównanie LEB vs █████ w populacji dzieci w wieku 12-17 lat z wynikiem $\text{EASI} \geq 20$ w perspektywie płatnika publicznego w wariancie bez RSS	216
Tabela 68.	Wyniki jednokierunkowej analizy wrażliwości oraz analizy scenariuszy – porównanie LEB vs █████ w populacji dzieci w wieku 12-17 lat z wynikiem $\text{EASI} \geq 20$ w perspektywie płatnika publicznego w wariancie bez RSS	220
Tabela 69.	Wyniki jednokierunkowej analizy wrażliwości oraz analizy scenariuszy – porównanie LEB vs █████ w populacji dzieci w wieku 12-17 lat z wynikiem $\text{EASI} \geq 20$ w perspektywie płatnika publicznego w wariancie bez RSS	224

Tabela 70.	Wyniki jednokierunkowej analizy wrażliwości oraz analizy scenariuszy – porównanie LEB vs BSC w populacji dorosłych z wynikiem $16 \leq \text{EASI} < 20$ w perspektywie płatnika publicznego w wariancie bez RSS.....	228
Tabela 71.	Wyniki jednokierunkowej analizy wrażliwości oraz analizy scenariuszy – porównanie LEB vs BSC w populacji dzieci w wieku 12-17 lat z wynikiem $16 \leq \text{EASI} < 20$ w perspektywie płatnika publicznego w wariancie bez RSS	232
Tabela 72.	Wyniki jednokierunkowej analizy wrażliwości oraz analizy scenariuszy – porównanie LEB vs █████ w populacji dorosłych z wynikiem $\text{EASI} \geq 20$ w perspektywie wspólnej w wariancie bez RSS.....	236
Tabela 73.	Wyniki jednokierunkowej analizy wrażliwości oraz analizy scenariuszy – porównanie LEB vs █████ w populacji dorosłych z wynikiem $\text{EASI} \geq 20$ w perspektywie wspólnej w wariancie bez RSS.....	240
Tabela 74.	Wyniki jednokierunkowej analizy wrażliwości oraz analizy scenariuszy – porównanie LEB vs █████ w populacji dorosłych z wynikiem $\text{EASI} \geq 20$ w perspektywie wspólnej w wariancie bez RSS.....	244
Tabela 75.	Wyniki jednokierunkowej analizy wrażliwości oraz analizy scenariuszy – porównanie LEB vs █████ w populacji dorosłych z wynikiem $\text{EASI} \geq 20$ w perspektywie wspólnej w wariancie bez RSS.....	248
Tabela 76.	Wyniki jednokierunkowej analizy wrażliwości oraz analizy scenariuszy – porównanie LEB vs █████ w populacji dorosłych z wynikiem $\text{EASI} \geq 20$ w perspektywie wspólnej w wariancie bez RSS.....	252
Tabela 77.	Wyniki jednokierunkowej analizy wrażliwości oraz analizy scenariuszy – porównanie LEB vs █████ w populacji dzieci w wieku 12-17 lat z wynikiem $\text{EASI} \geq 20$ w perspektywie wspólnej w wariancie bez RSS	256
Tabela 78.	Wyniki jednokierunkowej analizy wrażliwości oraz analizy scenariuszy – porównanie LEB vs █████ w populacji dzieci w wieku 12-17 lat z wynikiem $\text{EASI} \geq 20$ w perspektywie wspólnej w wariancie bez RSS	260

-
- Tabela 79. Wyniki jednokierunkowej analizy wrażliwości oraz analizy scenariuszy – porównanie LEB vs ■■■■ w populacji dzieci w wieku 12-17 lat z wynikiem $EASI \geq 20$ w perspektywie wspólnej w wariancie bez RSS264
- Tabela 80. Wyniki jednokierunkowej analizy wrażliwości oraz analizy scenariuszy – porównanie LEB vs BSC w populacji dorosłych z wynikiem $16 \leq EASI < 20$ w perspektywie wspólnej w wariancie bez RSS268
- Tabela 81. Wyniki jednokierunkowej analizy wrażliwości oraz analizy scenariuszy – porównanie LEB vs BSC w populacji dzieci w wieku 12-17 lat z wynikiem $16 \leq EASI < 20$ w perspektywie wspólnej w wariancie bez RSS272
-

17. Spis rysunków





Rysunek 1. Struktura modelu CMA uwzględnionego w analizie podstawowej	25
Rysunek 2. Struktura modelu CUA uwzględnionego w analizie podstawowej.....	26
Rysunek 3. Diagram PRISMA przedstawiający proces selekcji publikacji włączonych w ramach przeglądu systematycznego wykonanego w celu odnalezienia badań do oceny jakości życia chorych	105
Rysunek 4. Diagram PRISMA przedstawiający proces selekcji publikacji włączonych w ramach przeglądu systematycznego wykonanego w celu odnalezienia innych analiz ekonomicznych wykonanych w Polsce lub za granicą	111
Rysunek 5. Zestawienie wyników wielokierunkowej analizy wrażliwości – porównanie LEB vs █████ w populacji dorosłych z wynikiem EASI ≥ 20 w perspektywie płatnika publicznego w wariancie z RSS.....	276
Rysunek 6. Zestawienie wyników wielokierunkowej analizy wrażliwości – porównanie LEB vs █████ w populacji dorosłych z wynikiem EASI ≥ 20 w perspektywie płatnika publicznego w wariancie z RSS.....	276
Rysunek 7. Zestawienie wyników wielokierunkowej analizy wrażliwości – porównanie LEB vs █████ w populacji dorosłych z wynikiem EASI ≥ 20 w perspektywie płatnika publicznego w wariancie z RSS.....	277
Rysunek 8. Zestawienie wyników wielokierunkowej analizy wrażliwości – porównanie LEB vs █████ w populacji dzieci w wieku 12-17 lat z wynikiem EASI ≥ 20 w perspektywie płatnika publicznego w wariancie z RSS	277
Rysunek 9. Zestawienie wyników wielokierunkowej analizy wrażliwości – porównanie LEB vs BSC w populacji dorosłych z wynikiem 16 ≤ EASI < 20 w perspektywie płatnika publicznego w wariancie z RSS	278
Rysunek 10. Zestawienie wyników wielokierunkowej analizy wrażliwości – porównanie LEB vs BSC w populacji dzieci w wieku 12-17 lat z wynikiem 16 ≤ EASI < 20 w perspektywie płatnika publicznego w wariancie z RSS.....	278

-
- Rysunek 11. Zestawienie wyników wielokierunkowej analizy wrażliwości – porównanie LEB vs ■■■ w populacji dorosłych z wynikiem EASI ≥ 20 w perspektywie wspólnej w wariancie z RSS279
- Rysunek 12. Zestawienie wyników wielokierunkowej analizy wrażliwości – porównanie LEB vs ■■■ w populacji dorosłych z wynikiem EASI ≥ 20 w perspektywie wspólnej w wariancie z RSS279
- Rysunek 13. Zestawienie wyników wielokierunkowej analizy wrażliwości – porównanie LEB vs ■■■ w populacji dorosłych z wynikiem EASI ≥ 20 w perspektywie wspólnej w wariancie z RSS280
- Rysunek 14. Zestawienie wyników wielokierunkowej analizy wrażliwości – porównanie LEB vs ■■■ w populacji dzieci w wieku 12-17 lat z wynikiem EASI ≥ 20 w perspektywie wspólnej w wariancie z RSS280
- Rysunek 15. Zestawienie wyników wielokierunkowej analizy wrażliwości – porównanie LEB vs BSC w populacji dorosłych z wynikiem $16 \leq \text{EASI} < 20$ w perspektywie wspólnej w wariancie z RSS281
- Rysunek 16. Zestawienie wyników wielokierunkowej analizy wrażliwości – porównanie LEB vs BSC w populacji dzieci w wieku 12-17 lat z wynikiem $16 \leq \text{EASI} < 20$ w perspektywie wspólnej w wariancie z RSS281
- Rysunek 17. Zestawienie wyników wielokierunkowej analizy wrażliwości – porównanie LEB vs ■■■ w populacji dorosłych z wynikiem EASI ≥ 20 w perspektywie płatnika publicznego w wariancie bez RSS282
- Rysunek 18. Zestawienie wyników wielokierunkowej analizy wrażliwości – porównanie LEB vs ■■■ w populacji dorosłych z wynikiem EASI ≥ 20 w perspektywie płatnika publicznego w wariancie bez RSS282
- Rysunek 19. Zestawienie wyników wielokierunkowej analizy wrażliwości – porównanie LEB vs ■■■ w populacji dorosłych z wynikiem EASI ≥ 20 w perspektywie płatnika publicznego w wariancie bez RSS283
-

-
- Rysunek 20. Zestawienie wyników wielokierunkowej analizy wrażliwości – porównanie LEB vs █████ w populacji dzieci w wieku 12-17 lat z wynikiem $EASI \geq 20$ w perspektywie płatnika publicznego w wariancie bez RSS283
- Rysunek 21. Zestawienie wyników wielokierunkowej analizy wrażliwości – porównanie LEB vs BSC w populacji dorosłych z wynikiem $16 \leq EASI < 20$ w perspektywie płatnika publicznego w wariancie bez RSS284
- Rysunek 22. Zestawienie wyników wielokierunkowej analizy wrażliwości – porównanie LEB vs BSC w populacji dzieci w wieku 12-17 lat z wynikiem $16 \leq EASI < 20$ w perspektywie płatnika publicznego w wariancie bez RSS.....284
- Rysunek 23. Zestawienie wyników wielokierunkowej analizy wrażliwości – porównanie LEB vs █████ w populacji dorosłych z wynikiem $EASI \geq 20$ w perspektywie wspólnej w wariancie bez RSS285
- Rysunek 24. Zestawienie wyników wielokierunkowej analizy wrażliwości – porównanie LEB vs █████ w populacji dorosłych z wynikiem $EASI \geq 20$ w perspektywie wspólnej w wariancie bez RSS285
- Rysunek 25. Zestawienie wyników wielokierunkowej analizy wrażliwości – porównanie LEB vs █████ w populacji dorosłych z wynikiem $EASI \geq 20$ w perspektywie wspólnej w wariancie bez RSS286
- Rysunek 26. Zestawienie wyników wielokierunkowej analizy wrażliwości – porównanie LEB vs █████ w populacji dzieci w wieku 12-17 lat z wynikiem $EASI \geq 20$ w perspektywie wspólnej w wariancie bez RSS.....286
- Rysunek 27. Zestawienie wyników wielokierunkowej analizy wrażliwości – porównanie LEB vs BSC w populacji dorosłych z wynikiem $16 \leq EASI < 20$ w perspektywie wspólnej w wariancie bez RSS.....287
- Rysunek 28. Zestawienie wyników wielokierunkowej analizy wrażliwości – porównanie LEB vs BSC w populacji dzieci w wieku 12-17 lat z wynikiem $16 \leq EASI < 20$ w perspektywie wspólnej w wariancie bez RSS287
-

-
- Rysunek 29. Prawdopodobieństwo efektywności kosztowej dla porównania LEB vs ██████ w populacji dorosłych z wynikiem $EASI \geq 20$ w perspektywie płatnika publicznego w wariacie z RSS288
- Rysunek 30. Prawdopodobieństwo efektywności kosztowej dla porównania LEB vs ██████ w populacji dorosłych z wynikiem $EASI \geq 20$ w perspektywie płatnika publicznego w wariacie z RSS288
- Rysunek 31. Prawdopodobieństwo efektywności kosztowej dla porównania LEB vs ██████ w populacji dorosłych z wynikiem $EASI \geq 20$ w perspektywie płatnika publicznego w wariacie z RSS289
- Rysunek 32. Prawdopodobieństwo efektywności kosztowej dla porównania LEB v ██████ w populacji dzieci w wieku 12-17 lat z wynikiem $EASI \geq 20$ w perspektywie płatnika publicznego w wariacie z RSS289
- Rysunek 33. Prawdopodobieństwo efektywności kosztowej dla porównania LEB vs BSC w populacji dorosłych z wynikiem $16 \leq EASI < 20$ w perspektywie płatnika publicznego w wariacie z RSS290
- Rysunek 34. Prawdopodobieństwo efektywności kosztowej dla porównania LEB vs BSC w populacji dzieci w wieku 12-17 lat z wynikiem $16 \leq EASI < 20$ w perspektywie płatnika publicznego w wariacie z RSS290
- Rysunek 35. Prawdopodobieństwo efektywności kosztowej dla porównania LEB vs ██████ w populacji dorosłych z wynikiem $EASI \geq 20$ w perspektywie wspólnej w wariacie z RSS291
- Rysunek 36. Prawdopodobieństwo efektywności kosztowej dla porównania LEB v ██████ w populacji dorosłych z wynikiem $EASI \geq 20$ w perspektywie wspólnej w wariacie z RSS291
- Rysunek 37. Prawdopodobieństwo efektywności kosztowej dla porównania LEB vs ██████ w populacji dorosłych z wynikiem $EASI \geq 20$ w perspektywie wspólnej w wariacie z RSS292
-

Rysunek 38. Prawdopodobieństwo efektywności kosztowej dla porównania LEB vs █████ w populacji dzieci w wieku 12-17 lat z wynikiem $EASI \geq 20$ w perspektywie wspólnej w wariancie z RSS	292
Rysunek 39. Prawdopodobieństwo efektywności kosztowej dla porównania LEB vs BSC w populacji dorosłych z wynikiem $16 \leq EASI < 20$ w perspektywie wspólnej w wariancie z RSS.....	293
Rysunek 40. Prawdopodobieństwo efektywności kosztowej dla porównania LEB vs BSC w populacji dzieci w wieku 12-17 lat z wynikiem $16 \leq EASI < 20$ w perspektywie wspólnej w wariancie z RSS	293
Rysunek 41. Prawdopodobieństwo efektywności kosztowej dla porównania LEB vs █████ w populacji dorosłych z wynikiem $EASI \geq 20$ w perspektywie płatnika publicznego w wariancie bez RSS	294
Rysunek 42. Prawdopodobieństwo efektywności kosztowej dla porównania LEB vs █████ w populacji dorosłych z wynikiem $EASI \geq 20$ w perspektywie płatnika publicznego w wariancie bez RSS	294
Rysunek 43. Prawdopodobieństwo efektywności kosztowej dla porównania LEB vs █████ w populacji dorosłych z wynikiem $EASI \geq 20$ w perspektywie płatnika publicznego w wariancie bez RSS	295
Rysunek 44. Prawdopodobieństwo efektywności kosztowej dla porównania LEB vs █████ w populacji dzieci w wieku 12-17 lat z wynikiem $EASI \geq 20$ w perspektywie płatnika publicznego w wariancie bez RSS.....	295
Rysunek 45. Prawdopodobieństwo efektywności kosztowej dla porównania LEB vs BSC w populacji dorosłych z wynikiem $16 \leq EASI < 20$ w perspektywie płatnika publicznego w wariancie bez RSS	296
Rysunek 46. Prawdopodobieństwo efektywności kosztowej dla porównania LEB vs BSC w populacji dzieci w wieku 12-17 lat z wynikiem $16 \leq EASI < 20$ w perspektywie płatnika publicznego w wariancie bez RSS	296

-
- Rysunek 47. Prawdopodobieństwo efektywności kosztowej dla porównania LEB vs 
w populacji dorosłych z wynikiem EASI ≥ 20 w perspektywie wspólnej w
wariancie bez RSS297
- Rysunek 48. Prawdopodobieństwo efektywności kosztowej dla porównania LEB vs 
w populacji dorosłych z wynikiem EASI ≥ 20 w perspektywie wspólnej w
wariancie bez RSS297
- Rysunek 49. Prawdopodobieństwo efektywności kosztowej dla porównania LEB vs 
w populacji dorosłych z wynikiem EASI ≥ 20 w perspektywie wspólnej w
wariancie bez RSS298
- Rysunek 50. Prawdopodobieństwo efektywności kosztowej dla porównania LEB vs 
w populacji dzieci w wieku 12-17 lat z wynikiem EASI ≥ 20 w perspektywie
wspólnej w wariantcie bez RSS298
- Rysunek 51. Prawdopodobieństwo efektywności kosztowej dla porównania LEB vs BSC
w populacji dorosłych z wynikiem $16 \leq \text{EASI} < 20$ w perspektywie wspólnej
w wariantcie bez RSS.....299
- Rysunek 52. Prawdopodobieństwo efektywności kosztowej dla porównania LEB vs BSC
w populacji dzieci w wieku 12-17 lat z wynikiem $16 \leq \text{EASI} < 20$ w
perspektywie wspólnej w wariantcie bez RSS.....299
-

18. Bibliografia

Publikacja/Źródło danych	Referencje
Materiały dostarczone przez Wnioskodawcę	
Dane dostarczone przez Wnioskodawcę	Dane otrzymane od Wnioskodawcy w zakresie ceny zbytu netto wnioskowanej technologii lekowej
Pozostałe materiały	
Analiza kliniczna	<i>Ebglyss® (lebrykizumab) w leczeniu atopowego zapalenia skóry. Analiza kliniczna</i> , MAHTA 2025
Analiza problemu decyzyjnego	<i>Ebglyss® (lebrykizumab) w leczeniu atopowego zapalenia skóry. Analiza problemu decyzyjnego</i> , MAHTA 2025
Analiza wpływu na system ochrony zdrowia	<i>Ebglyss® (lebrykizumab) w leczeniu atopowego zapalenia skóry. Analiza wpływu na system ochrony zdrowia</i> , MAHTA 2025
Andersen 2020	Andersen L., Nyeland M.E., Nyberg F., <i>Higher self-reported severity of atopic dermatitis in adults is associated with poorer self-reported health-related quality of life in France, Germany, the U.K. and the U.S.A.</i> , Br J Dermatol. 2020 May;182(5):1176-1183
Apteka DOZ.pl	https://www.doz.pl/apteka/szukaj?search= (data dostępu: 18.06.2024 r.)
Capucci 2020	Capucci S., Hahn-Pedersen J., Vilsbøll A., Kragh N., <i>Impact of Atopic Dermatitis and Chronic Hand Eczema on Quality of Life Compared With Other Chronic Diseases</i> , Dermatitis. 2020 May/Jun;31(3):178-184
ChPL Adtralza®	Charakterystyka Produktu Leczniczego Adtralza®
ChPL Cibinqo®	Charakterystyka Produktu Leczniczego Cibinqo®
ChPL Dupixent®	Charakterystyka Produktu Leczniczego Dupixent®
ChPL Ebglyss®	Charakterystyka Produktu Leczniczego Ebglyss®, https://www.ema.europa.eu/pl/documents/product-information/ebglyss-epar-product-information_pl.pdf (data dostępu: 19.06.2024 r.)
ChPL Olumiant®	Charakterystyka Produktu Leczniczego Olumiant®
ChPL Rinvoq®	Charakterystyka Produktu Leczniczego Rinvoq®
Dane GUS – tablice trwania życia	Tablice trwania życia Głównego Urzędu Statystycznego za 2022 r.
Dane NFZ	NFZ, Komunikat o refundacji aptecznej za okres I-II 2024 r.

Publikacja/Źródło danych	Referencje
Dane przetargowe	https://usk-wroc.logintrade.net/zapytania_email.157135_a554438252876c774b19eec9f4d2c88e.html https://platformazakupowa.pl/transakcja/942046 https://e-propublico.pl/Ogloszenia/DokumentyZamowienia?przetargId=be3f3aed-394b-403e-b46f-4ab6beb7a69b https://e-propublico.pl/Ogloszenia/DokumentyZamowienia?przetargId=d78c8f6f-135c-4905-ab03-cdb6e25ca4a4 https://klinika-zabrze.med.pl/wp-content/uploads/2024/11/zawiad-o-podpisaniu-umowy-DZP-17.67.pdf (data dostępu: 13.01.2025 r.)
Diagram PRISMA	Moher D., Liberati A., Tetzlaff J., Altman D.G., <i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement</i> , PLoS Med 2009, 6 (7)
Hsieh 2021	Hsieh B.J, Shen D., Hsu C.J. i in., <i>The impact of atopic dermatitis on health-related quality of life in Taiwan</i> , J Formos Med Assoc. 2021 Apr 10;S0929-6646(21)00129-7
Johansson 2023	Johansson E., Giovannitti M., Mezzetti M. i in., <i>Cost-effectiveness analysis of baricitinib versus dupilumab for moderate to severe atopic dermatitis: an Italian healthcare system perspective</i> . J Med Econ. 2023 Jan-Dec;26(1):1155-1166.
Kleyn 2022	Kleyn C.E., Barbarot S., Reed C. i in., <i>Burden of Moderate to Severe Atopic Dermatitis in Adults from France, Italy, and the UK: Patient-Reported Outcomes and Treatment Patterns</i> . Dermatol Ther (Heidelb). 2022 Aug;12(8):1947-1965
Koszoru 2022	Koszoru K., Hajdu K., Brodzky V. i in., <i>General and Skin-Specific Health-Related Quality of Life in Patients With Atopic Dermatitis Before and During the COVID-19 Pandemic</i> . Dermatitis. 2022 Nov-Dec 01;33(6S):S92-S103.
Koszoru 2023	Koszoru K, Hajdu K, Brodzky V. i in., <i>Comparing the psychometric properties of the EQ-5D-3L and EQ-5D-5L descriptive systems and utilities in atopic dermatitis</i> . Eur J Health Econ. 2023 Feb;24(1):139-152
Ludność GUS	Rocznik Demograficzny 2023 Głównego Urzędu Statystycznego, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/roczniki-statystyczne/roczniki-statystyczne/rocznik-demograficzny-2023.3.17.html (data dostępu: 05.06.2024 r.)
Medycyna Praktyczna	https://indeks.mp.pl/leki/ (data dostępu: 18.06.2024 r.)
Misery 2018	Misery L, Seneschal J, Reguiai Z i in., <i>Patient Burden is Associated with Alterations in Quality of Life in Adult Patients with Atopic Dermatitis: Results from the ECLA Study</i> . Acta Derm Venereol. 2018 Jul 11;98(7):713-714.
NICE 2022	<i>Multiple Technology Appraisal. Upadacitinib, abrocitinib and tralokinumab for dermatitis [ID3960]. Committee papers</i> , NICE 2022, https://www.nice.org.uk/guidance/ta814/evidence/appraisal-consultation-committee-papers-pdf-11186337133 (data dostępu: 06.06.2024 r.)
NICE Baricitinib	<i>Single Technology Appraisal. Baricitinib for treating moderate to severe atopic dermatitis [ID1622]. Committee Papers</i> , NICE 2021, https://www.nice.org.uk/guidance/ta681/documents/committee-papers (data dostępu: 06.06.2024 r.)

Publikacja/Źródło danych	Referencje
NICE Dupilumab	<p><i>Single Technology Appraisal. Dupilumab for treating moderate to severe atopic dermatitis after topical treatments [ID1048]. Committee Papers,</i> NICE 2018, https://www.nice.org.uk/guidance/ta534/documents/committee-papers (data dostępu: 06.06.2024 r.)</p>
NICE technology appraisals	<p>National Institute for Health and Clinical Excellence. <i>Guide to the Methods of Technology Appraisals.</i> 2013, https://www.nice.org.uk/process/pmg9/resources/guide-to-the-methods-of-technology-appraisal-2013-pdf-2007975843781 (data dostępu 12.06.2024 r.)</p>
Nyberg 2018	<p>Nyberg F., Hansen J.B., Andersen L. i in., <i>Greater severity of atopic dermatitis (AD) is associated with poorer patient-reported outcomes among adults with moderate-to-severe AD.</i> <i>Pharmacoepidemiol. Drug Saf.</i> 2018; 27: 334.</p>
Obwieszczenie Prezesa GUS	<p>Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 30 października 2024 r. w sprawie szacunków wartości produktu krajowego brutto na jednego mieszkańca w latach 2020–2022</p>
Orlewska 1999	<p>Orlewska E., <i>Podstawy farmakoekonomiki</i>, Warszawa 1999, str. 180-192</p>
Poole 2009	<p>Poole C.D., Chambers C., Sidhu M.K., Currie C.J., <i>Health-related utility among adults with atopic dermatitis treated with 0.1% tacrolimus ointment as maintenance therapy over the long term: findings from the Protopic CONTROL study,</i> <i>Br J Dermatol.</i> 2009 Dec;161(6):1335-40</p>
Poole 2010	<p>Poole C.D., Chambers C., Allsopp R., Currie C.J., <i>Quality of life and health-related utility analysis of adults with moderate and severe atopic dermatitis treated with tacrolimus ointment vs. topical corticosteroids,</i> <i>J Eur Acad Dermatol Venereol.</i> 2010 Jun;24(6):674-8</p>
Program lekowy B.124	<p>Program lekowy LECZENIE CHORYCH Z ATOPOWYM ZAPALENIEM SKÓRY (ICD-10: L20) regulowany załącznikiem B.124 do <i>Wykazu leków refundowanych</i></p>
Rozporządzenie MZ w sprawie minimalnych wymagań	<p>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</p>
Rozporządzenie MZ w sprawie priorytetów zdrowotnych	<p>Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie priorytetów zdrowotnych</p>
Simpson 2024	<p>Simpson E.L., Blauvelt A., Silverberg J.I. i in., <i>Tralokinumab Provides Clinically Meaningful Responses at Week 16 in Adults with Moderate-to-Severe Atopic Dermatitis Who Do Not Achieve IGA 0/1.</i> <i>Am J Clin Dermatol.</i> 2024 Jan;25(1):139-148.</p>
Statystyki NFZ	<p>Statystyki NFZ dostępne na stronie: https://statystyki.nfz.gov.pl/DrugPrograms (data dostępu: 06.06.2024 r.)</p>
Ustawa o refundacji	<p>Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 826, z późn. zm.)</p>
Ustawa o sposobie obliczania wartości rocznego produktu krajowego brutto	<p>Ustawa z dnia 26 października 2000 r. o sposobie obliczania wartości rocznego produktu krajowego brutto, Dz. U. Nr 114, poz. 1188</p>

Publikacja/Źródło danych	Referencje
Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej	Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych; Dz. U. Nr. 210, poz. 2135
Vietri 2017	Vietri J., Nyberg F., Varol N., <i>The impact of severity of atopic dermatitis on patient-reported outcomes of adults with moderate-to-severe atopic dermatitis</i> , J Am Acad Dermatol 2017;76(6):AB254
Vittrup 2024 suplement	Vittrup I., Thein D., Thomsen S.F. i in., <i>Risk Factors that Impact Treatment with Oral Janus Kinase Inhibitors Among Adult Patients with Atopic Dermatitis: A Nationwide Registry Study</i> . Acta Derm Venereol. 2024 Jan 22;104:adv18638
Wykaz leków refundowanych	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.
Wytoczne AOTMiT	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, <i>Wytoczne oceny technologii medycznych</i> , Warszawa 2016
Zarządzenie ambulatoryjna opieka specjalistyczna	Zarządzenie Nr 2/2024/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 11 stycznia 2024 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna
Zarządzenie programy lekowe	Zarządzenie nr 49/2024/DGL Prezesa NFZ z dnia 8 maja 2024 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe
Zimmermann 2018	Zimmermann M., Rind D., Chapman R. i in., <i>Economic Evaluation of Dupilumab for Moderate-to-Severe Atopic Dermatitis: A Cost-Utility Analysis</i> , J Drugs Dermatol. 2018 Jul 1;17(7):750-756